

CONDICIONES  
GENERALES  
GLOBAL  
HEALTH PLAN





## CONTENIDO

---

I. Cláusulas Generales .....	4
II. Coberturas Básicas .....	24
III. Exclusiones y/o Limitaciones.....	53
IV. Definiciones.....	62
V. Aviso de Privacidad .....	72

# I. CLÁUSULAS GENERALES

**Números de RECAS:  
CONDUSEF-003298-01  
CONDUSEF-003299-01  
CONDUSEF-003300-01  
CONDUSEF-003301-01  
CONDUSEF-003302-01**

## PALABRAS EN NEGRILLAS

Las palabras en **negrilla** pueden tratarse de términos definidos que son importantes para su cobertura y cuyo significado puede consultar en la sección IV. Definiciones de estas Condiciones Generales.

### 1. SU PÓLIZA

1.1 Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., denominada en adelante “**Bupa**”, se obliga mediante el pago de la prima estipulada, a cubrir vía reembolso al **asegurado titular** y/o **contratante** o el pago directo a los prestadores de servicios los gastos médicos en los que incurran los **asegurados** durante la vigencia de esta **póliza**, tanto en el territorio de la República Mexicana, como en el extranjero donde así proceda de acuerdo con la cobertura geográfica especificada, hasta la **suma asegurada** indicada en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan, a consecuencia de **enfermedades** y **accidentes** amparados ocurridos en su persona o de sus **dependientes** incluidos en la **póliza** y de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en este **contrato**. El **asegurado titular** y/o **contratante** están obligados a declarar en las solicitudes, cuestionarios médicos, declaraciones y demás formatos, de acuerdo con el cuestionario que los mismos contienen, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir o que influyan en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del **contrato** y en el momento del ingreso de cualquier **asegurado**. Esta obligación aplica a los cuestionarios y a los demás requisitos solicitados por **Bupa**.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a **Bupa** para considerar rescindido de pleno derecho este contrato, aunque tales hechos o condiciones no hayan influido en la realización del siniestro, como lo previenen los Artículos 8 (ocho), 9 (nueve), 10 (diez) y 47 (cuarenta y siete) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Las definiciones incluidas en estas condiciones generales aplican para su Global Health Plan.

1.2 Forman parte de este **contrato** y constituyen prueba de su celebración: la **póliza**, las condiciones generales, la **Tabla de Beneficios**, la **solicitud** del

seguro, las declaraciones de salud, los **endosos, anexos** y/o condiciones especiales, y el recibo de pago.

- 1.3 La traducción de este **contrato** a cualquier otro idioma se puede ofrecer como un servicio para el **asegurado**; sin embargo, en caso de cualquier duda o controversia siempre prevalecerá la versión en español.
- 1.4 La **póliza** solamente puede ser emitida a residentes del territorio de la República Mexicana con una edad máxima de 74 (setenta y cuatro) años cumplidos y mínima de 18 (dieciocho) años, excepto para **dependientes** elegibles. No hay edad máxima de **renovación** para **asegurados** ya cubiertos bajo la **póliza**. Los **asegurados** con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en el extranjero pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones siempre y cuando la residencia permanente del **asegurado titular** se mantenga en la República Mexicana. Sin perjuicio de lo anterior, **Bupa** se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del **asegurado titular** en caso de que mantenga presencia o residencia en otro país distinto a México y conllevará a la posible terminación de su cobertura si el **asegurado titular** se convierte en residente permanente de los Estados Unidos de América.
- 1.5 El **contratante** podrá adicionar **dependientes** a la **póliza**, los cuales estarán cubiertos desde la **fecha efectiva** que les corresponda. Los **dependientes** elegibles del **asegurado titular** podrán ser: su cónyuge o concubina(o), descendientes en línea directa por consanguinidad o por parentesco civil que dependan económicamente del **asegurado titular**, como son de forma enunciativa mas no limitativa los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente e hijastros; también son elegibles los menores de edad para los cuales el **asegurado titular** ha sido designado como tutor legal por una autoridad competente, los cuales deben ser identificados en la **solicitud** de seguro y para quienes se proporciona cobertura bajo la **póliza**.

La cobertura de esta **póliza** está disponible para los **dependientes** del **asegurado titular** y/o **contratante**, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los 19 (diecinueve) años, si son solteros, o hasta los 24 (veinticuatro) años, si son solteros y declaran ser estudiantes de tiempo completo al momento que la **póliza** es emitida o renovada. La cobertura para dichos **dependientes** continúa hasta la siguiente **fecha de aniversario** de la **póliza** a partir de que cumplieron las edades máximas para ser considerados como **dependientes** según sea el caso concreto.

Los **dependientes** que estuvieron cubiertos bajo una **póliza** anterior con **Bupa** y que son elegibles para cobertura bajo su propia **póliza**, serán aprobados sin la necesidad de una nueva evaluación de riesgo para una **póliza** con un **deducible** igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la **póliza** anterior bajo la cual tuvieron cobertura, sirviendo como base para esta nueva **póliza** las declaraciones vertidas en la **solicitud** que dio origen a la primera **póliza**, mismas que deberán ser ratificadas por el ahora **contratante** antes de terminar el **período de gracia**

de la **póliza** bajo la cual tuvo cobertura como **dependiente**. Lo anterior siempre y cuando el **dependiente** solicite su **póliza** con **Bupa** dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a que dejó de ser integrante de la **póliza** original.

## 2. SU COBERTURA

2.1 **Bupa** cubrirá los gastos relacionados con los **beneficios cubiertos**, de conformidad con lo establecido en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

2.2 El **deducible** aplicable será el contratado, el cual se indica en la **carátula** de la **póliza**. El pago del **deducible** por parte del **asegurado** aplicará como sigue:

- (a) Un **deducible por asegurado**, por **año póliza**, mismo que al ser la parte del riesgo que asume el **asegurado**, deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de **Bupa** de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la **suma asegurada** contratada.
- (b) Un máximo equivalente a 2 (dos) **deducibles por póliza**, por **año póliza**. El **deducible** deberá ser cubierto por el **asegurado**, mismo que al ser la parte del riesgo que asume el **asegurado**, deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de **Bupa** de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la **suma asegurada** contratada.
- (c) Los gastos elegibles incurridos por el **asegurado** durante los últimos 3 (tres) meses del **año póliza** que sean utilizados para satisfacer el **deducible** correspondiente para ese **año póliza** serán aplicados al **deducible** del **asegurado** para el siguiente **año póliza**.
- (d) En caso de **accidente**, se eliminará el **deducible** en los gastos incurridos durante el **año póliza** en que ocurrió el **accidente**. Si el **accidente** ocurrió dentro de los 3 (tres) últimos meses de su vigencia, el **deducible** se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados del padecimiento relacionado con el **accidente**. Es obligación del **asegurado** notificar el accidente a **Bupa** en el curso de las primeras 72 (setenta y dos) horas de ocurrido el evento. No corresponderá la eliminación del **deducible** si el **asegurado** no notifica como se establece previamente. Por favor consulte la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan para confirmar si este beneficio está incluido como parte de su cobertura.
- (e) Los siguientes beneficios de maternidad no están sujetos a **deducible**: la maternidad y parto, las **complicaciones de la maternidad y parto**, los tratamientos pre y post natal, y la cobertura provisional del **recién nacido**. Los gastos acumulables al deducible son aquellos cubiertos por su Global Health Plan.

2.3 En caso de reembolso, **Bupa** pagará al **asegurado titular** y/o **contratante** la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y **Bupa** y/o los **gastos usuales, acostumbrados y razonables** para esa área

geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del **asegurado**. En caso de que el **asegurado titular** y/o **contratante** fallezcan, **Bupa** pagará cualquier gasto cubierto pendiente de pago a la sucesión del **asegurado titular** y/o **contratante**.

Para pago directo o reembolso, **Bupa** deberá recibir la información médica y no médica requerida y suficiente para determinar la procedencia del siniestro antes de: 1) Aprobar un pago directo, o 2) Reembolsar al **asegurado titular** y/o **contratante**, lo anterior con fundamento en el Artículo 69 (sesenta y nueve) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

- 2.4 Cuando así se requiera y se indique en las presentes condiciones generales, el **asegurado** deberá obtener autorización previa expresa de **Bupa** antes de recibir cualquiera de los **beneficios cubiertos**. Se requerirá de una autorización subsecuente en caso de que el **asegurado** no reciba los **beneficios cubiertos** dentro del plazo de 31 (treinta y un) días contados a partir de la autorización original.

Los detalles sobre la manera en que se debe obtener la autorización previa para recibir cualquier **beneficio cubierto** se encuentran disponibles en la cláusula “Cómo presentar una reclamación en caso de siniestro” de estas condiciones generales.

- 2.5 Antes de cualquier autorización y/o de pagar cualquier siniestro, y con fundamento en el Artículo 69 (sesenta y nueve) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, **Bupa** podrá solicitar al **asegurado** cualquier información que considere relevante, tal y como resúmenes clínicos y reportes médicos, y de igual forma **Bupa** podrá requerir al **asegurado** que se realice exámenes médicos con el **médico** de la elección de **Bupa** (bajo su propio costo), quien a su vez proporcionará a **Bupa** un reporte médico sobre el estado de salud del **asegurado**.

Cuando **Bupa** así lo solicite, el **asegurado** deberá firmar todos los formularios de autorización necesarios para que **Bupa** obtenga tales resúmenes clínicos y reportes médicos de los proveedores de servicios que correspondan. El no cooperar con **Bupa** en tiempo, o el no autorizar el acceso de **Bupa** a los resúmenes clínicos y reportes médicos, puede resultar en un retraso en la autorización previa, y consecuentemente, en el pago de la reclamación. Si el **asegurado** no coopera con **Bupa** para proporcionarle toda la información necesaria para que **Bupa** esté en posibilidades de apreciar correctamente el riesgo a cubrir, puede ser causa suficiente para que las obligaciones de **Bupa** queden extinguidas, y por ende, **Bupa** no estará obligada a cubrir los gastos reclamados.

- 2.6 Agravación del Riesgo: Las obligaciones de **Bupa** cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos 52 (cincuenta y dos) y 53 (cincuenta y tres) fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

“El **asegurado** deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el **asegurado** omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” (Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.
- II. Que el **asegurado** conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el **asegurado** perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de **Bupa** quedarán extinguidas si demuestra que el **asegurado**, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) **Contratante(s)**, **Asegurado(s)** o beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de **Bupa**, si el(los) **contratante(s)**, **asegurado(s)** o beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 (cuatrocientos noventa y dos) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 (ciento treinta y nueve) a 139 (ciento treinta y nueve) Quinquies, 193 (ciento noventa y tres) a 199 (ciento noventa y nueve), 400 (cuatrocientos) y 400 (cuatrocientos) Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del (los) **contratante(s)**, **asegurado(s)** o beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los

artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 140 (ciento cuarenta) de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que **Bupa** tenga conocimiento de que el nombre del (de los) **contratante(s)**, **asegurado(s)** o beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

**Bupa** consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este contrato de seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

### 3. PAGO DE PRIMAS

3.1 El **contratante** del seguro se obliga a pagar la prima del seguro a **Bupa**, la cual se calcula según la edad del **asegurado** y es determinada por **Bupa** de acuerdo con la tarifa vigente, debidamente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la fecha de inicio de cada período de seguro. La prima de este **contrato** vence en el momento de la celebración del **contrato** y tratándose de **renovaciones**, al inicio de la nueva vigencia. **Bupa** podrá ajustar las primas una vez al año a la **fecha de aniversario** de la **póliza**.

3.2 El **contratante** deberá pagar la prima y las cantidades adicionales relacionadas, así como el impuesto al valor agregado (IVA) a través de los medios de pago que **Bupa** ponga a disposición del **contratante** antes de la **fecha de vencimiento**. El **contratante** del seguro podrá elegir entre pagos semestrales, trimestrales o anuales, aplicándose en su caso, la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda.

Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía, y **Bupa** no garantiza la entrega de los mismos. Si el **contratante** no ha recibido un aviso de pago de prima 30 (treinta) días antes de la **fecha de vencimiento**, y no tiene conocimiento del monto del pago de su prima, el **contratante** deberá comunicarse con su agente o directamente con **Bupa**.

El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del **contratante**. La prima debe ser pagada en la **fecha de vencimiento** o dentro del **período de gracia** establecido. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente de la misma en los casos de pago en parcialidades dentro del plazo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la **fecha de vencimiento**

(**período de gracia**), los efectos del **contrato** cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo.

#### 4. SUBROGACIÓN

4.1 **Bupa** se subrogará hasta la cantidad pagada en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al **asegurado**. El **asegurado titular** y/o **contratante** tendrá la obligación de cooperar con **Bupa** para conseguir la recuperación del daño, el incumplimiento de esta obligación facultará a **Bupa** a considerar rescindido de pleno derecho el **contrato**. El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el **asegurado** tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

En caso de que la subrogación sea procedente, el **asegurado titular** y/o **contratante** deberá proporcionar a **Bupa** cualquier apoyo que requiera para estar en posibilidad de realizar la reclamación correspondiente, tal y como (i) el proporcionar documentación relevante o cualquier prueba testimonial que se requiera, (ii) firmar cualesquiera documentos que se requieran, y (iii) someterse a los exámenes médicos que sean necesarios.

**Bupa** podrá ejercitar sus derechos para realizar cualquier reclamación en su nombre, antes o con posterioridad de haber hecho cualquier pago al amparo de la **póliza**.

El **asegurado titular** y/o **contratante** se abstendrá de ejercer cualquier acción, conciliar o ejercitar cualquier acción que afecte de manera adversa los derechos de **Bupa** de subrogarse de conformidad con esta cláusula.

4.2 El pago de los beneficios de este **contrato** no se duplicará con los beneficios de ninguna otra póliza de seguros para la cual un **asegurado** pueda ser elegible, en caso de que el **asegurado titular** y/o **contratante** no haya notificado a **Bupa** de la existencia de otra **póliza**. Por lo tanto, cuando **Bupa** efectúe el pago o reembolso de una indemnización que también sea elegible para cobertura por otra aseguradora, **Bupa** tendrá el derecho de repetir contra dicha aseguradora por la proporción de las **sumas aseguradas** respectivas, reinstalándose la cantidad recuperada en la **suma asegurada** del **asegurado**, siempre y cuando el **asegurado titular** y/o **contratante** hayan otorgado su consentimiento en el finiquito correspondiente.

#### 5. CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

5.1 Para solicitar una autorización, así como para informar de un siniestro cubierto por esta **póliza**, el **asegurado titular** y/o **contratante** pueden comunicarse a USA Medical Services las 24 horas del día, los 365 días del año, a través de los siguientes medios:

Horario de 8:00 a 17:00 hrs. de lunes a viernes:

En México: 5202-1701

Correo electrónico: serviciocliente@bupalatinamerica.com

Y las 24 horas del día, los 365 días del año:

En México sin costo: +1 800 326 3339

En los EE.UU.: +1 305 275 1500

En los EE.UU. sin costo: +1 800 726 1203

Fax: +1 305 275 1518

Correo electrónico: usamed@bupalatinamerica.com

Fuera de los EE.UU.: El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de seguro o en [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx)

Nota: USA Medical Services es un proveedor contratado por **Bupa** para la coordinación de atención y administración de siniestros, y cualquier servicio que preste a los **asegurados** de **Bupa** no presupone la procedencia del siniestro reportado ni la vigencia del **contrato** de seguro; así tampoco está facultado para determinar de forma unilateral y sin la aprobación previa de **Bupa** la procedencia de pago o reembolso de siniestros, tampoco podrá recomendar servicios médicos, ni obligar de alguna manera a **Bupa** por conceptos diferentes a los señalados en este **contrato**.

En caso de que el **asegurado** no reciba los **beneficios cubiertos** dentro del plazo de 31 (treinta y un) días contados a partir de la autorización respectiva, el **asegurado** deberá obtener una nueva autorización.

- 5.2 El objetivo de **Bupa** es pagarle directamente al prestador de servicios médicos por concepto de cualquier beneficio cubierto por la **póliza** cuando sea posible. De lo contrario, el **asegurado** deberá pagar al prestador de servicios médicos y posteriormente reclamar el reembolso a **Bupa**, adjuntando copias de los documentos relacionados a los padecimientos que originaron los gastos médicos cubiertos (**beneficios cubiertos**) y que están siendo reclamados. El **asegurado titular** y/o **contratante** deberá someter una prueba escrita de la reclamación consistente en las facturas originales detalladas, resúmenes clínicos, y el formulario de reclamación debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados al domicilio de **Bupa**. Se requiere completar un formulario de reclamación por siniestro para todas las reclamaciones presentadas. Los formularios de reclamación pueden obtenerse comunicándose con su agente o con USA Medical Services o directamente con **Bupa**, o en la página web: [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx). Para reclamaciones de **dependientes** que ya hayan cumplido los 19 (diecinueve) años de edad, se deberá presentar un certificado o constancia de una institución educativa como evidencia de que en el momento de emitir la **póliza** o renovarla, dichos **dependientes** son estudiantes de tiempo completo, así como también una declaración por escrito firmada por el **asegurado titular** y/o **contratante** confirmando que dichos dependientes son solteros.

En caso contrario, **Bupa** podrá rechazar el pago de dichas reclamaciones sin responsabilidad alguna de su parte.

De conformidad con lo dispuesto por el Artículo 70 (setenta) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las obligaciones de **Bupa** quedarán extinguidas si se demuestra que el **asegurado titular** y/o **contratante** o su(s) beneficiario(s) o su(s) representante(s), con el fin de hacerla incurrir en error, no le proporcionen oportunamente la información que ésta les solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes. Las facturas correspondientes a honorarios médicos, enfermería y farmacias podrán estar expedidas a nombre del **asegurado titular** y/o **contratante**; cualquier otro gasto distinto a los anteriores deberá estar emitido a nombre de **Bupa**, de acuerdo a los siguientes datos:

BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.

RFC: BMS030731PC4

Domicilio: Montes Urales No. 745 piso 1

Col. Lomas de Chapultepec, Ciudad de México, CP 11000

**Bupa** no está en posibilidad de regresar documentación original; sin embargo, bajo solicitud, **Bupa** podrá enviar copia de los mismos.

- 5.3 En el supuesto caso de reembolso, **Bupa** pagará al **asegurado titular** y/o **contratante** los gastos médicos cubiertos aplicando previamente el **deducible**. **Bupa** podrá pagar a un **dependiente** los gastos relacionados a los **beneficios cubiertos** únicamente si se acredita fehacientemente que dicho **dependiente** erogó efectivamente los gastos médicos cubiertos, es mayor de edad y ha proporcionado sus datos y documentación de identificación y bancarios.

En cualquiera de los dos casos aquí señalados, la forma de pago será vía transferencia electrónica a la cuenta bancaria que corresponda. Todo cargo por parte del banco receptor, tal como comisión por cambio de moneda, es responsabilidad del receptor del pago.

- 5.4 Este plan de seguro denomina los **beneficios cubiertos** en dólares americanos, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América, por lo que todo pago o gasto realizado al amparo de esta **póliza** independientemente de la moneda en que se efectúe, disminuirá la **suma asegurada** considerando el tipo de cambio aplicable el día en que se prestó efectivamente el servicio que originó el gasto.

En caso de que los gastos se deban cubrir directamente por **Bupa** a los prestadores de servicios médicos en el extranjero, éstos se efectuarán en dólares americanos o el equivalente en la moneda de origen donde se incurrieron, en la fecha de pago, disminuyendo la **suma asegurada** considerando el tipo de cambio del día del pago efectivo.

5.5 En caso de que **Bupa**, no obstante haber recibido toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse a su satisfacción las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo y no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, dentro de los treinta (30) días siguientes a partir de dicha recepción, en los términos del Artículo 71 (setenta y uno) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al **asegurado titular** y/o **contratante**, beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 (doscientos setenta y seis) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

Artículo 276 (doscientos setenta y seis) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

“Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el **contrato** de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la **fecha de vencimiento** de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas,

el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la **fecha de vencimiento** de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- (a) Los intereses moratorios;
- (b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- (c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el **contrato** de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo”.

- 5.6 Cobertura geográfica: **Esta póliza no tiene cobertura para gastos erogados en Cuba, Siria, Libia, Irán o Corea del Norte.** Si tiene dudas sobre esta restricción, por favor comuníquese con **Bupa**.

## 6. RENOVACIÓN

- 6.1 Conforme a las disposiciones aplicables, **Bupa** no podrá negar la **renovación** de su póliza por motivo de su siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el **asegurado titular** y/o **contratante** notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovarla, cuando menos con 20 (veinte) días hábiles antes del vencimiento de la **póliza**.

La **renovación** se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**Bupa** informará al **asegurado titular** y/o **contratante** con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la **fecha de renovación** de la **póliza**, los valores de la prima, **deducible** o cualquier **coaseguro** aplicable a la misma.

En cada **renovación** se aplicará el **deducible** contratado que corresponda al plan, si el **asegurado titular** y/o **contratante** no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, se renovará en los términos y condiciones similares al plan original.

En caso de que el **asegurado** cambie de residencia u ocupación, la **renovación** de la **póliza** quedará sujeta a la aprobación de **Bupa**.

- 6.2 En caso de que este **contrato** hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el **asegurado titular** y/o **contratante** podrá solicitar la rehabilitación de la **póliza**, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:
- (a) El **asegurado titular** y/o **contratante** lo soliciten por escrito a **Bupa**.
  - (b) El (los) **asegurado(s)** cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad de **Bupa**.

**Bupa** comunicará por escrito al **asegurado titular** y/o **contratante** la aceptación y sus condiciones específicas en su caso o el rechazo de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso de 15 (quince) días contados a partir de la solicitud de rehabilitación; si pasado este lapso **Bupa** no emite comunicación alguna, se tendrá por rechazada la propuesta de rehabilitación.

En caso de aceptar la solicitud de rehabilitación, **Bupa** otorgará nuevamente cobertura a partir de la fecha de inicio de vigencia de la **póliza**.

- 6.3 Cuando el **asegurado titular** y/o **contratante** solicite un cambio de plan o de producto, los beneficios ganados por antigüedad del **asegurado** no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

No obstante lo anterior, **Bupa** podrá llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el **asegurado titular** y/o **contratante** solicite cambio de plan, beneficios, **deducibles** o **suma asegurada**.

## 7. CAMBIOS A SU PÓLIZA

- 7.1 Salvo lo expresamente estipulado en esta cláusula, únicamente **Bupa** y el **asegurado titular** y/o **contratante** podrán modificar y/o dar por terminado este **contrato** sin necesidad de obtener el previo consentimiento de los **dependientes**, en su caso. Este **contrato** se podrá cambiar, modificar o exentar mediante la incorporación de cláusulas adicionales a través de **endosos**.

- 7.2 Al igual que en la contratación inicial del seguro, en caso de que el **asegurado titular** y/o **contratante** quiera incluir un nuevo **dependiente** elegible a la **póliza**, el **asegurado titular** y/o **contratante** deberá presentar la **solicitud** de seguro correspondiente que incluya un cuestionario de salud. Según los términos del Artículo 8 (ocho) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, **Bupa** podrá denegar la inclusión a la **póliza** de dicha persona, o podrá establecer restricciones o exclusiones para cubrir al nuevo **dependiente**. Igualmente, bajo la discreción de **Bupa**, se establecerá si las condiciones preexistentes del nuevo **dependiente** serán cubiertas o se tendrá que pagar una prima adicional. Los menores de edad podrán ser incluidos sin presentar el historial médico o sin pagar una prima adicional cuando se haya establecido así en estas condiciones generales.

- 7.3 Al ser una **póliza** con vigencia anual, el **contratante** únicamente podrá modificar la presente **póliza** al momento de la **renovación**.

- 7.4 **Bupa** podrá hacer modificaciones a la **póliza** cuando se traten de cambios legales o regulatorios y dichos cambios se aplican a todos los **asegurados** con el mismo producto de seguro. Lo anterior se le notificará al **asegurado titular** y/o **contratante** con la debida anticipación.
- 7.5 En caso de cambio de plan de seguro con **Bupa**, los beneficios ganados por antigüedad no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple y en el entendido que será reestablecido el **período de espera** para maternidad. Lo anterior, sin limitar que **Bupa** pueda llevar a cabo procesos de suscripción previos. En caso de ser procedente el cambio de plan, los siniestros vigentes y en proceso de pago al momento del cambio de plan (excepto maternidad, si aplicara) serán cubiertos considerando los términos y condiciones aplicables, así como las **sumas aseguradas** correspondientes al plan que estaba vigente al momento del primer **síntoma** y gasto de dicho siniestro o reclamación.

## 8. CAMBIO DE RESIDENCIA

- 8.1 El **asegurado titular** y/o **contratante** debe notificar por escrito a **Bupa** cualquier cambio en el **país de residencia**, tanto suyo como de cualquier **dependiente** incluido en la **póliza**, dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes al cambio. **Bupa** se reserva el derecho de modificar o dar por terminada la cobertura de la **póliza** en caso de cambio de **país de residencia** de algún **asegurado** fuera de la República Mexicana. La falta de notificación a **Bupa** de cualquier cambio de **país de residencia** de los **asegurados** facultará a **Bupa** para considerar rescindida la **póliza** a partir de la fecha en que el aviso debió darse. Los **asegurados** están de acuerdo que cualquier cobertura que puedan adquirir en EE.UU. conllevará a la posible terminación de su cobertura con **Bupa** al informar a **Bupa** que se han convertido en residentes permanentes de los EE.UU.
- 8.2 El **asegurado titular** y/o **contratante** deberá informar a **Bupa** inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto, dado que **Bupa** seguirá utilizando sus últimos datos de contacto proporcionados hasta que el **asegurado titular** y/o **contratante** notifique lo contrario.

## 9. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

- 9.1 Todas las acciones que se deriven de este **contrato** de seguro prescribirán en dos (2) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 (ochenta y uno) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 (ochenta y dos) de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 (sesenta y ocho) de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Bupa.

Artículo 82 (ochenta y dos) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: “El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios, se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor”.

9.2 Si el contenido de la **póliza** o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el **asegurado** podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días siguientes al día en que reciba la **póliza**. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la **póliza** o de sus modificaciones (Artículo 25 (veinticinco) de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que el **asegurado titular** y/o **contratante** desee cancelar este **contrato** dentro de los 30 (treinta) días arriba indicados y la prima ya hubiere sido pagada, se le devolverá al **asegurado titular** y/o **contratante** el importe de la prima pagada más el impuesto respectivo, menos el costo administrativo generado para la emisión de la **póliza** y los impuestos que por dicho costo se hubieren causado, quedando la **póliza** nula y sin valor alguno desde el inicio de vigencia.

Dicha cancelación deberá llevarse a cabo mediante escrito del **asegurado titular** y/o **contratante** a **Bupa**.

9.3 La **póliza** podrá ser cancelada o no renovada a petición del **asegurado titular** y/o **contratante** mediante aviso dado por escrito a **Bupa**, o bien, solicitando su cancelación a través del mismo medio por el cual fue contratada, para lo cual previa verificación de la identidad del **asegurado titular** y/o **contratante** se le proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

La cancelación o no **renovación** de la **póliza** surtirá efecto en el momento que al **asegurado** le sea asignado el folio de cancelación y/o no renovación.

En caso de que el **asegurado titular** y/o **contratante** decida dar por terminado el **contrato** después de los primeros 30 (treinta) días de vigencia de la **póliza**, **Bupa** devolverá el 65% (sesenta y cinco por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la **póliza** sin incluir derechos de **póliza** ni costo de USA Medical Services, más el impuesto proporcional a la cantidad devuelta. En caso de que la **póliza** haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar, no procederá la devolución de primas. Dicha terminación deberá llevarse a cabo mediante escrito del **asegurado titular** y/o **contratante** dirigido a **Bupa** o mediante el mismo medio por el cual fue contratada.

Con la terminación de la **póliza** terminará al mismo tiempo el derecho de indemnización. Sin embargo, las consecuencias de **enfermedades, accidentes** o **lesiones** sufridos durante la vigencia del seguro estarán cubiertos

durante un plazo de 30 (treinta) días naturales posteriores a la terminación de la vigencia de la **póliza**.

El **asegurado titular** y/o **contratante** no podrá dar en prenda o ceder sus derechos bajo este **contrato**.

Ningún **asegurado titular** y/o **contratante** será independientemente penalizado con la cancelación de su **póliza** debido a una mala experiencia de reclamaciones de la misma.

- 9.4 Si el **asegurado titular** y/o **contratante** o cualquiera de sus **dependientes** fallecen, se deberá notificar a **Bupa** dicha circunstancia dentro de los 30 (treinta) días siguientes a dicho fallecimiento.

Al fallecimiento del **asegurado titular** y/o **contratante**, cualquier adulto **dependiente** podrá solicitar convertirse en **asegurado titular** y/o **contratante** por su propio derecho, e incluir sus propios **dependientes**.

Si el **asegurado titular** y/o **contratante** falleciera y ningún adulto **dependiente** ha solicitado convertirse en **asegurado titular** y/o **contratante**, este **contrato** será cancelado, y si ninguna reclamación o solicitud para recibir **beneficios cubiertos** ha sido presentada, **Bupa** reembolsará la totalidad de la prima que se haya pagado dentro del período siguiente a la terminación de la **póliza**.

Si un **dependiente** fallece, su cobertura terminará, y en tanto ninguna reclamación o solicitud para recibir **beneficios cubiertos** a favor del **dependiente** haya sido realizada, **Bupa** reembolsará la totalidad de la prima correspondiente a dicho **dependiente** que se haya pagado dentro del período siguiente a la terminación de la cobertura.

- 9.5 **Bupa** tendrá la obligación de cubrir el pago de siniestros ocurridos dentro de la vigencia del **contrato**, teniendo como límite lo que ocurra primero:

- (a) El agotamiento de la **suma asegurada**.
- (b) El monto de gastos incurridos durante el período de vigencia de la **póliza** y hasta 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de terminación de la vigencia del **contrato**.
- (c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la **enfermedad** o **accidente** que haya afectado al **asegurado**.

- 9.6 Sujeto a los términos y condiciones especificados en este **contrato**, los beneficios comienzan en la **fecha efectiva** de la **póliza** y no en la fecha en que se solicitó la cobertura. La cobertura comienza a la 00:01 y termina a las 24:00 horas, hora de la Ciudad de México:

- (a) En la fecha de expiración de la **póliza**, o
- (b) Por falta de pago de la prima, o
- (c) A solicitud por escrito del **asegurado titular** y/o **contratante** para terminar su cobertura, o
- (d) A solicitud por escrito del **asegurado titular** y/o **contratante** para terminar la cobertura para algún **dependiente**.

10. NUESTRA RESPONSABILIDAD BAJO ESTA PÓLIZA CON RESPECTO A SU COBERTURA
- 
- 10.1 El objetivo de **Bupa** bajo esta **póliza** es cubrir al **asegurado** y en determinados casos realizar las gestiones necesarias para que el **asegurado** reciba los **beneficios cubiertos**. No es objetivo de **Bupa** proveer los **beneficios cubiertos**.
- 10.2 Ningún agente de seguros tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la **póliza**. Después de que la **póliza** ha sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea pactado entre el **asegurado titular y/o contratante** y **Bupa** (las partes) y sea hecho constar por un endoso a la **póliza**.
- 10.3 **Bupa** podrá actuar a través de cualquier compañía que forme parte de Bupa Global.
- 10.4 Durante la vigencia de la **póliza**, el **asegurado titular y/o contratante** podrá solicitar por escrito a **Bupa** que le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario por su intervención en la celebración de este **contrato**. **Bupa** proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la **solicitud**.
11. NUESTRA RESPONSABILIDAD
- 
- 11.1 **Bupa** (o cualquier compañía que forme parte de Bupa Global,) no será responsable por pérdida, daño o **enfermedad** que pueda sufrir el **asegurado** en virtud de la prestación de los **beneficios cubiertos** por parte del prestador de servicios médicos o cualquier otra persona que preste dichos servicios. En dicho caso, el **asegurado** tendrá que presentar su reclamación ante el prestador de servicios médicos o persona que haya prestado el servicio.
12. RECLAMACIONES FRAUDULENTAS
- 
- 12.1 El **asegurado titular y/o contratante** estará obligado a comunicarle por escrito a **Bupa** cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cualquier cambio en la cobertura de seguro médico con otra compañía. Asimismo, deberá notificarse la defunción del **asegurado titular y/o contratante** o de cualquier **dependiente**. **Bupa** no será responsable de las consecuencias en caso de que el **asegurado titular y/o contratante y/o sus dependientes** hayan omitido notificarle tales sucesos.
- El **asegurado titular y/o contratante** también estará obligado a proveer a **Bupa** toda la información disponible y necesaria para la tramitación, por parte de **Bupa**, de las reclamaciones presentadas por el mismo. La presentación de una reclamación fraudulenta o con cualquier tipo de información falsa, facultará a **Bupa** a rescindir la **póliza** sin necesidad de declaración judicial y liberará a **Bupa** de la obligación de realizar cualquier pago al amparo de la **póliza**.

Asimismo, **Bupa** se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del **asegurado** y de dirigirse a cualquier prestador de servicios médicos que atienda o haya atendido al **asegurado** por cualquier **enfermedad** o trastorno físico o psíquico. **Bupa**, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del **asegurado** quien otorga su autorización expresa para su revelación a **Bupa** para estos fines.

### 13. OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

13.1 Cuando se hace referencia al **asegurado titular** y/o **contratante**, se entiende también aquel que actúa en su nombre y cuando se hace referencia a **dependientes**, se incluye cualquiera que actúa en su representación.

13.2 El **asegurado titular** y/o **contratante** y cualquier **dependiente** tendrán que actuar de manera responsable para asegurarse de que todos los hechos e información que se hayan proporcionado a **Bupa** sean precisos y estén actualizados al momento de presentar la **solicitud** de seguro y para cualquier **renovación**, extensión o modificación. El **asegurado titular** y/o **contratante** tendrá la obligación de avisar a **Bupa** sobre cualquier variación en cualquier dato que se haya proporcionado en el cuestionario de inicio.

El **asegurado titular** y/o **contratante** deberá tener especial cuidado y diligencia en el tratamiento de la información de los **dependientes** que le sea proporcionada a **Bupa**.

### 14. QUEJAS

14.1 Sin perjuicio de lo señalado en la cláusula que se refiere a leyes y tribunales competentes, en caso de un desacuerdo entre el **asegurado titular** y/o **contratante** y **Bupa** sobre la **póliza** de seguro y/o sus coberturas, el **asegurado titular** y/o **contratante** puede solicitar una revisión del caso por el Comité de Apelaciones de **Bupa** antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el **asegurado titular** y/o **contratante** deberá enviar una petición por escrito al Comité de Apelaciones.

Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cuál decisión debe ser revisada y por qué. Dichas apelaciones deben ser enviadas al Coordinador de Apelaciones de **Bupa**. Al recibir la petición, el Comité de Apelaciones determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes 30 (treinta) días, el Comité de Apelaciones notificará al **asegurado titular** y/o **contratante** sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión, en el entendido de que durante el tiempo que dicho Comité resuelva lo que corresponda, no correrá ningún término para el **asegurado titular** y/o **contratante**. Las decisiones que adopte el Comité de Apelaciones se emitirán por escrito y serán obligatorias para **Bupa**, en caso de ser aceptadas por el **asegurado titular** y/o **contratante**. Dicho recurso no tiene costo alguno para el **asegurado titular** y/o **contratante**.

14.2 En caso de que **Bupa** declare la improcedencia de una reclamación por preexistencia, el reclamante podrá optar por acudir a un arbitraje médico.

**Bupa** acepta que, si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante el árbitro designado de común acuerdo entre las partes y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas y por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la diferencia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por **Bupa**.

14.3 En caso de controversia, nuestro **asegurado** inconforme podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios con que **Bupa** cuenta o acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Si ese Organismo no es designado árbitro, será competente el juez del domicilio de dicha delegación.

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS (UNE)

Montes Urales 745 piso 1 Col. Lomas de Chapultepec

C.P. 11800, Ciudad de México

Teléfono: (55) 5202 1701 / 01 800 227 3339

Correo electrónico: UEAP@bupalatinamerica.com

COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS

Av. Insurgentes Sur número 762 Col. Del Valle,

Ciudad de México, C.P. 03100

Teléfono: (55) 5340 0999 / (01 800) 999 80 80

Correo electrónico: asesoría@condusef.gob.mx

## 15. COMPETENCIA

15.1 Las disposiciones de este **contrato** están sujetas a Leyes de la República Mexicana. Cualquier controversia que surja en virtud del ejercicio de esta **póliza** estará sujeta a la competencia de los tribunales de la Ciudad de México.

15.2 En caso de cualquier conflicto de interpretación de esta **póliza**, en razón del lenguaje, la versión en español tendrá preferencia sobre la versión en cualquier otro idioma.

## 16. ENTREGA DE INFORMACIÓN

16.1 **Bupa** entregará al **asegurado titular** y/o **contratante** la siguiente información y documentación en los términos que más adelante se señalan:

(a) El número de **póliza** o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, para el caso de que se requiera realizar alguna aclaración;

- 
- (b) El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
  - (c) La dirección de la página electrónica en Internet de **Bupa**, con la finalidad que se puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos.

Los datos antes señalados se encuentran en la **carátula de póliza**, condiciones generales y recibo de pago, documentos que se envían al **asegurado titular** y/o **contratante** en formato impreso con el paquete inicial al contratar la **póliza**, y también podrán ser enviados a la dirección de correo electrónico proporcionada o a través de dispositivos electrónicos de almacenamiento como son discos compactos o USB, siempre y cuando el **asegurado titular** y/o **contratante** haya elegido esta opción en la **solicitud** de seguro. No obstante lo anterior, las condiciones generales aplicables a esta **póliza** estuvieron disponibles para consulta y conocimiento del **asegurado titular** y/o **contratante** previamente a su contratación en la página de Internet [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx). Queda expedito el derecho del **asegurado titular** y/o **contratante** para solicitar en cualquier momento a **Bupa**, un ejemplar impreso de las condiciones generales del producto de seguro **Bupa**, recibos, **carátula de póliza** y endosos que correspondan a su **póliza**.

## II. COBERTURAS BÁSICAS

Aspectos importantes a considerar con respecto a los beneficios cubiertos por su Global Health Plan:

### 1. NOTIFICACIÓN A BUPA

Se recomienda que el **asegurado** notifique a **Bupa** o al Administrador de Reclamos de la misma, USA Medical Services, por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. Se recomienda notificar el tratamiento de emergencia dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al inicio de dicho tratamiento. Algunos beneficios requieren notificación obligatoria. Por favor consulte la sección de Beneficios Cubiertos y la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

En caso de **accidente**, es obligación del **asegurado** o **contratante** notificar a **Bupa** o USA Medical Services en el curso de las primeras 72 (setenta y dos) horas contadas a partir de que el **asegurado** o **contratante** tengan conocimiento del **accidente**, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento.

**Además, en caso de accidente, el asegurado perderá el beneficio de eliminación del deducible si no notifica a Bupa o a USA Medical Services como se establece previamente.**

Para fines de claridad, cualquier notificación a **Bupa** o USA Medical Services deberá hacerse mediante los teléfonos o correos electrónicos previstos en las presentes condiciones generales.

### 2. PERÍODO DE ESPERA GENERAL

Esta **póliza** tiene un **período de espera** a partir de la **fecha efectiva** de la **póliza**, el cual se indica en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan. Sin embargo, este **período de espera** no aplica cuando se trate de (a) **accidentes** que, habiendo causado una **lesión** demostrable, hagan necesaria una **hospitalización** inmediata, como (a) politraumatismos, (b) **enfermedades** agudas de origen infeccioso, y (c) infartos y **enfermedades** cerebrovasculares, siempre y cuando no se encuentren relacionadas con un padecimiento preexistente. En todos estos casos deberá comprobarse mediante una evaluación médica que la vida del **asegurado** está en peligro y/o que puede sufrir un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el **médico** tratante y el consultor médico de **Bupa**.

### 3. ELIMINACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA

**Bupa** eliminará el **período de espera** general solamente si:

- El **asegurado** tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra compañía durante por lo menos 1 (un) año, y
- La **fecha efectiva** de la **póliza** se encuentra dentro de los 30 (treinta) días después de que ha expirado la cobertura anterior, y

- (c) El **asegurado** ha informado sobre la cobertura anterior en la **solicitud** de seguro, y
- (d) **Bupa** recibe la **póliza** anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura, junto con la **solicitud** de seguro.

**Algunos beneficios están sujetos a períodos de espera específicos como se indica en la Tabla de Beneficios de su Global Health Plan. Esta eliminación del período de espera no procede para dichos beneficios.**

#### 4. CONDICIONES PREEXISTENTES

---

Para efectos de esta **póliza**, las condiciones preexistentes se clasifican en 2 (dos) categorías:

- (a) Las que son declaradas al momento de llenar la **solicitud** de seguro:
  - i. Estarán cubiertas después del **período de espera** especificado en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan cuando el **asegurado** haya estado libre de **síntomas, signos** o **tratamiento** durante un período de 5 (cinco) años antes de la **fecha efectiva** de la **póliza**, a menos que estén excluidas específicamente en un **endoso** a la **póliza**.
  - ii. Estarán cubiertas después de 2 (dos) años de la **fecha efectiva** de la **póliza** cuando el **asegurado** presente **síntomas, signos** o **tratamiento** en cualquier momento durante un período de 5 (cinco) años antes de la **fecha efectiva** de la **póliza**, a menos que estén excluidas específicamente en un **endoso** a la **póliza**.
- (b) **Las que no son declaradas y conocidas por el asegurado al momento de llenar la solicitud de seguro: Estas condiciones preexistentes nunca estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, Bupa se reserva el derecho de rescindir el contrato de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del asegurado de conformidad con el Artículo 47 (cuarenta y siete) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.**

#### 5. BENEFICIO DE SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

---

Si un cirujano ha recomendado que el **asegurado** sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de **emergencia**, el **asegurado** tendrá la opción de solicitar una segunda opinión quirúrgica si así lo desea. Dicha segunda opinión quirúrgica debe ser realizada por un **médico** seleccionado de común acuerdo entre el **asegurado** y **Bupa**. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, **Bupa** también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un **médico** seleccionado de común acuerdo entre el **asegurado** y **Bupa**.

## 6. BENEFICIOS CUBIERTOS

---

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de esta **póliza**. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por **asegurado**, por **año póliza**. Por favor consulte la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan para detalles sobre los **beneficios cubiertos** de su plan específico y para saber si su plan proporciona cobertura únicamente dentro de los **hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa**.

Todas las cantidades mencionadas en el presente documento relativas a los **beneficios cubiertos** y **deducibles** se entenderán referidas a dólares de los Estados Unidos de América.

**Bupa** pagará los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** después de satisfecho el **deducible** anual obligatorio correspondiente. A menos que se indique lo contrario, todos los **beneficios** están sujetos a **deducible**.

Todos los **beneficios cubiertos** serán pagados por **Bupa** considerando el **gasto usual, acostumbrado y razonable** para dicho **tratamiento** o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.

A los **beneficios cubiertos** pueden aplicársele limitaciones o exclusiones particulares y generales. Favor de consultar la sección de Coberturas Básicas antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios a continuación descritos.

**Bupa** sólo cubrirá como parte de los **beneficios cubiertos** aquellos procedimientos médicos que no sean experimentales; esto es que estén aprobados por la FDA (Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América) o la Secretaría de Salud en el caso de los Estados Unidos Mexicanos, o aprobados por la autoridad en salud en el país donde se recibe el **tratamiento** médico.

Todos los beneficios, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**. La **suma asegurada** correspondiente se encuentra en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

## 7. TRATAMIENTO AMBULATORIO

---

### 7.1 CIRUGÍA AMBULATORIA

**Bupa** cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria cuando sea realizada por un **especialista** médico licenciado para ello.

### 7.2 EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

**Bupa** pagará los gastos derivados de **exámenes de diagnóstico**, estudios de laboratorio y/o gabinete cuando dichos estudios sean recomendados por un **especialista** médico para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud posterior a un **tratamiento** médico:

- Estudios de laboratorio, gabinete e imagenología
- **Exámenes de diagnóstico**, como electrocardiogramas (ECG)

### **Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:**

- **Exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible o no desarrollar una enfermedad y/o padecimiento y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de los exámenes de diagnóstico.**
- **Exámenes para determinar si el asegurado es susceptible de desarrollar la enfermedad de Alzheimer.**

### 7.3 HONORARIOS MÉDICOS

**Bupa** pagará los honorarios por concepto de consulta con **especialistas, médicos o doctores** como se indique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan para:

- Proponer un tratamiento
- Dar seguimiento al **tratamiento** recibido previamente
- Recibir consultas o **tratamientos** pre y post hospitalarios
- Prescribir medicamentos
- Efectuar el diagnóstico relacionado con los **síntomas** manifestados

### **Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:**

- **Consultas con especialistas, médicos o doctores relacionadas con planificación familiar, como las consultas para discutir sobre un posible embarazo o utilizar métodos anticonceptivos.**
- **Consultas para recibir tratamiento para asistir en la reproducción, como:**
  - **Fertilización in-vitro (IVF)**
  - **Transferencia intratubárica de gametos (GIFT)**
  - **Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)**
  - **Inseminación artificial (IA)**
  - **Tratamiento de medicamentos recetados**
  - **Traslado del embrión (de una ubicación física a otra)**
  - **Gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen**
- **Consultas para recibir tratamiento para atender problemas sexuales, como impotencia, excepto cuando sean derivados de una condición cubierta bajo la póliza.**

#### 7.4 ENFERMEROS CALIFICADOS

**Bupa** cubrirá los gastos relacionados al cuidado de **enfermeros** calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiera especialización y sea **médicamente necesario** como se indique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

#### 7.5 SALUD MENTAL

**Bupa** pagará los honorarios por las consultas con psiquiatras, psicólogos o psicoterapeutas cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan solamente para:

- Recibir o planear un **tratamiento**
- Recibir consultas/**tratamientos** pre y post hospitalarios
- El diagnóstico de **enfermedades o padecimientos**

Dichas consultas deberán realizarse en el consultorio del psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta.

#### **Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:**

- **Tratamientos relacionados con dificultades de aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil.**
- **Los diagnósticos y tratamientos de autismo quedan limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios del plan correspondiente.**

#### 7.6 TERAPIA COMPLEMENTARIA

**Bupa** cubrirá los honorarios relacionados con consultas y **tratamiento** con osteópatas, acupunturistas, homeópatas y quiroprácticos con el objeto de restaurar la función física normal del **asegurado** cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

#### 7.7 TERAPIA OCUPACIONAL Y ORTÓPTICA

**Bupa** cubrirá los honorarios relacionados con consultas y **tratamiento** con terapeutas ocupacionales y ortópticos cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

#### 7.8 PODOLOGÍA

**Bupa** cubrirá los honorarios relacionados con el **tratamiento** realizado por un **especialista** en ortopedia, podólogo o quiropráctico, posterior a un

diagnóstico y que forme parte del **tratamiento** prescrito por el **médico** tratante cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

## 7.9 MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACIÓN

**Bupa** pagará los medicamentos y materiales de curación prescritos siempre que sean recetados por un **médico o doctor** de forma previa y que sean necesarios para tratar una **lesión, enfermedad o padecimiento** como se indique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

## 7.10 EQUIPO MÉDICO DURABLE

**Bupa** cubrirá los gastos derivados de la utilización de **equipo médico durable** y sus componentes, siempre y cuando:

- Sea prescrito por un **médico**
- Cumpla con la definición de **equipo médico durable**
- Sea pre-autorizado por **Bupa**

**Bupa no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del equipo médico durable.**

**Si no se notifica previamente, los gastos serán pagados o reembolsados según el gasto usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido Bupa.**

## 7.11 ASESORÍA NUTRICIONAL

**Bupa** pagará por consultas con un **nutricionista** cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan si la asesoría nutricional está relacionada con una **enfermedad o padecimiento** cubierto bajo la **póliza**.

## 8. TRATAMIENTO DENTAL

### 8.1 TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON ACCIDENTES

**Bupa** cubrirá los gastos generados por el **tratamiento** dental **médicamente necesario** derivado de un **accidente** cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 (treinta) días siguientes al **accidente**.

### 8.2 RESTAURACIÓN MAYOR NO ESTÉTICA

Período de espera de 6 (seis) meses

Transcurridos 6 (seis) meses desde que contrate su **póliza** de seguro Global Health Plan, **Bupa** cubrirá los gastos hasta el límite de la **suma asegurada** particular para este beneficio cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan, derivados de:

- Puentes
- Coronas
- Implantes dentales
- Dentaduras

### 8.3 ORTODONCIA NO ESTÉTICA

Período de espera de 12 (doce) meses

Transcurridos 12 (doce) meses desde que contrate su **póliza** de seguro Global Health Plan, **Bupa** cubrirá los gastos hasta el límite de la **suma asegurada** particular para este beneficio cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan derivados de **tratamientos** de ortodoncia a **pacientes** de hasta 19 (diecinueve) años:

- Consultas y revisiones mensuales
- Extracción de dientes de leche
- Planeación de tratamiento
- Modelos/impresiones de encías
- Extracciones
- Anestesia
- Rayos-x, incluyendo simples/interproximales y perapicales/ rayos-x de raíces/boca completa/ortopantogramas (OPG) y cefalometrías (CEPH)
- Fotografía digital, y
- Aparatos ortopédicos de ortodoncia /retenedores de metal

**Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:**

- **Desórdenes de la articulación temporomandibular y sus complicaciones.**

## 9. HOSPITALIZACIÓN (CUIDADOS PARA PACIENTES INTERNADOS)

### 9.1 ALOJAMIENTO EN EL HOSPITAL Y ALIMENTOS

**Bupa** pagará los gastos generados por la **hospitalización** del **asegurado**, siempre y cuando:

- Exista una necesidad médica de permanecer en el hospital
- El tratamiento sea proporcionado o administrado por un especialista
- La duración de su estadía sea médicamente justificada

**Bupa no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, de lujo, suite VIP o similares. Si los gastos del tratamiento están ligados a un tipo de habitación, Bupa pagará el costo del tratamiento al precio que se cobraría si ocupara un tipo de habitación estándar.**

### 9.2 GASTOS DEL ACOMPAÑANTE EN CASOS DE HOSPITALIZACIÓN

**Bupa** cubrirá los gastos generados por cama extra y alimentos diarios para un acompañante cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan, siempre y cuando el **asegurado** se encuentre recibiendo **tratamiento** cubierto.

### 9.3 SALA DE OPERACIÓN, MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACIÓN

**Bupa** cubrirá los gastos generados por:

- Sala de operaciones
- Sala de recuperación
- Medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación
- Medicamentos y material de curación utilizados mientras el **asegurado** esté internado en el **hospital**

En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados.

### 9.4 CUIDADOS INTENSIVOS

**Bupa** cubrirá los gastos de **tratamiento** en la unidad de **cuidados intensivos** cuando sea **médicamente necesario** o cuando sea una parte esencial del **tratamiento**.

### 9.5 CIRUGÍA, INCLUYENDO LOS HONORARIOS DE LOS CIRUJANOS Y ANESTESIOLOGOS

**Bupa** pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios de los cirujanos, ayudante y anesthesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la **hospitalización** cubierta por esta **póliza**.

Los honorarios de **médicos**, cirujanos, anesthesistas, cirujanos asistentes, **especialistas** y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando son **médicamente necesarios** durante la cirugía o **tratamiento**.

Los honorarios del anesthesiólogo se pagarán de acuerdo a:

- El 30% (treinta por ciento) de los **gastos usuales, acostumbrados y razonables** del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o
- El 30% (treinta por ciento) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o
- Las tarifas especiales establecidas por **Bupa** para un área o país determinado.

Los honorarios del cirujano asistente se pagarán de acuerdo a:

- El 20% (veinte por ciento) de los **gastos usuales, acostumbrados y razonables** del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o
- El 20% (veinte por ciento) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o
- Las tarifas especiales establecidas por **Bupa** para un área o país determinado.

Si más de un **médico** o cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los **médicos** o cirujanos asistentes en conjunto no excederá el 20% (veinte por ciento) de los honorarios del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico.

## 9.6 PATOLOGÍA, RADIOLOGÍA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

**Bupa** cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagen y gabinete siempre y cuando sea recomendado por un **médico** o **especialista** para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el **asegurado** esté hospitalizado.

### **Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:**

- **Exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible o no desarrollar una enfermedad y/o padecimiento y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de los exámenes de diagnóstico.**
- **Exámenes para determinar si el asegurado es susceptible de desarrollar la enfermedad de Alzheimer.**

## 9.7 SALUD MENTAL

**Bupa** pagará los gastos derivados de **tratamiento** psiquiátrico o psicológico cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan, siempre y cuando sea **médicamente necesario**, producto de una **enfermedad o padecimiento** cubierto y la terapia se otorgue durante su estadía en el **hospital**.

Cualquier **tratamiento** psiquiátrico y/o psicológico durante la **hospitalización** requerirá autorización previa de **Bupa**. **El beneficio no será pagado a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.**

### **Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:**

- **Tratamiento por el resultado de uso nocivo, peligroso o adictivo de cualquier sustancia, incluyendo alcohol, drogas y/o medicamentos.**

## 9.8 FISIOTERAPEUTAS, TERAPEUTAS OCUPACIONALES, TERAPEUTAS DEL LENGUAJE Y NUTRICIONISTA

**Bupa** pagará los gastos derivados del **tratamiento** suministrado por **terapeutas** (como **terapeutas** ocupacionales), fisioterapeutas y **nutricionistas** o **terapeutas** del lenguaje si se requiere como parte de su **tratamiento** hospitalario. Lo anterior será procedente siempre y cuando estos **tratamientos** no sean el único motivo de su **hospitalización** y la **enfermedad o padecimiento** principal se encuentre debidamente cubierto por esta **póliza**.

Cualquier **tratamiento** cubierto bajo este beneficio durante la **hospitalización** requerirá autorización previa de **Bupa**. **El beneficio no será pagado a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.**

## Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Tratamientos relacionados con dificultades de aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil.**
- **Tratamiento para o como resultado de obesidad, como suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional. Bupa cubrirá los gastos asociados con cirugías por obesidad, tal y como se encuentra detallado en la Tabla de Beneficios del plan correspondiente, sujeto a los criterios de las políticas médicas de Bupa.**
- **Complicaciones derivadas de enfermedades o padecimientos no cubiertos.**

### 9.9 CIRUGÍA POR OBESIDAD

Período de espera de 24 (veinticuatro) meses

Una vez que haya transcurrido un período de espera de 24 (veinticuatro) meses, **Bupa** podrá cubrir este **tratamiento** cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan, sujeto a los criterios siguientes si el **asegurado**:

- Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 (cuarenta) o más y se le ha diagnosticado obesidad mórbida,
- Tiene un IMC entre 35 (treinta y cinco) y 40 (cuarenta) y tiene un problema de salud serio relacionado con su peso,
- Presenta evidencia documentada y firmada por su **médico** tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 (veinticuatro) meses, y
- Ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el **asegurado** someterse al procedimiento.

La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el equipo médico de **Bupa**.

Importante: El **asegurado** deberá comunicarse con **Bupa** para recibir autorización previa antes de someterse al **tratamiento**. **Bupa podrá no pagar este beneficio si no se ha otorgado la autorización previa.**

### 9.10 PRÓTESIS

**Bupa** podrá pagar la prótesis inicial siempre que sea necesaria como parte del **tratamiento**. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas

artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído, que sean requeridas durante un procedimiento quirúrgico.

### **Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:**

- **Cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una enfermedad o padecimiento preexistente. Bupa pagará por la prótesis inicial y hasta por dos reemplazos de prótesis para niños menores de 18 años y en el caso de adultos, los dos reemplazos aquí señalados serán procedentes solo si la prótesis inicial fue cubierta por Bupa.**

#### 9.11 IMPLANTES PROSTÉTICOS Y APARATOS

**Bupa** cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y aparatos:

Implantes prostéticos:

- Para reemplazar articulación o ligamento
- Para reemplazar válvula cardíaca
- Para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial
- Para reemplazar un músculo del esfínter
- Para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo
- Para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga
- Marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardíaco interno está sujeta a autorización previa)
- Para remover exceso de líquidos en el cerebro
- Implante coclear: Si el implante inicial fue injertado antes de la edad de 5 años y fue cubierto por esta **póliza**, **Bupa** pagará el mantenimiento subsecuente y los reemplazos para restablecer la función de las cuerdas bucales cuando son afectadas a causa de una cirugía por cáncer.

Aparatos (ejemplos):

- Una rodillera que es parte esencial de una **operación quirúrgica** para la reparación de un ligamento cruzado
- Soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una **operación quirúrgica** de columna vertebral.
- Fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello.

**Los implantes prostéticos y aparatos deben ser pre-autorizados por Bupa. De lo contrario, los gastos serán pagados o reembolsados según el gasto usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido Bupa.**

## 9.12 CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

**Bupa** cubrirá los gastos relacionados con cualquier **tratamiento** para restaurar la apariencia física del **asegurado** después de un **accidente**, padecimiento, **lesión** o cirugía. **Bupa** podrá pagar por la cirugía cuando el padecimiento original, **lesión** o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua.

El **asegurado** deberá comunicarse con **Bupa** para recibir autorización previa antes de someterse al **tratamiento**. **Bupa** podrá no pagar este beneficio si no se ha otorgado la autorización previa.

**Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:**

- **Cirugía que no sea médicamente necesaria y tratamiento para alterar la apariencia del asegurado que sea considerada cosmética, tanto si se requiere, o no, por razones médicas o psicológicas.**

Nota: Si el **médico** del **asegurado** recomienda **tratamiento** cosmético para corregir un problema funcional, por ejemplo, exceso de tejido en el ojo que interrumpe la visión, el **asegurado** deberá comunicarse con **Bupa** para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de **Bupa**. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en las presentes condiciones generales del producto de seguro Global Health Plan.

## 10. PRE Y POST HOSPITALIZACIÓN

### 10.1 ENFERMERÍA EN CASA

**Bupa** cubrirá los gastos que erogue el **asegurado titular** y/o **contratante** después de **tratamiento** en el **hospital** cubierto por esta **póliza** cuando:

- Sea recetado por el **médico** del **asegurado**
- Comience inmediatamente después de que el **asegurado** salga del **hospital**
- Se reduzca la duración de la estadía del **asegurado** en el **hospital**
- Sea proporcionada por un(a) **enfermero(a)** calificado(a) en la casa del **asegurado**, y
- Sea necesaria para proporcionar cuidados médicos (no incluye **cuidados asistenciales**).

**Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:**

- **Servicios generales de enfermería como asistenciales o para soporte de actividades de la vida diaria.**
- **El asegurado deberá comunicarse con Bupa para recibir autorización previa antes de recibir este beneficio, el cual podrá no ser pagado a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.**

## 10.2 CUIDADOS PALIATIVOS

Se entenderá como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a **pacientes** que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Derivado de esta cobertura, **Bupa** pagará servicios de centros para **pacientes** terminales y cuidados paliativos o en la habilitación del domicilio del **asegurado** o el que se señale siempre y cuando cumpla con los requisitos mínimos para ello. Lo anterior procederá si el **asegurado** recibe un diagnóstico de **enfermedad** terminal y si el **asegurado** ya no puede recibir **tratamiento** que conduzca a su recuperación:

- Alojamiento en centro para **pacientes** terminales o habilitación de domicilio designado
- Cuidados de **enfermero(a)**
- Medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal
- Cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Todos los servicios deben ser pre-autorizados y coordinados por Bupa.

## 10.3 REHABILITACIÓN (REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA)

**Bupa** pagará por la **rehabilitación**, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y del habla, después de un acontecimiento como por ejemplo, un infarto cerebral.

**Bupa** pagará por **rehabilitación** únicamente cuando haya recibido autorización previa al inicio del **tratamiento**.

**Bupa** sólo cubrirá los gastos por **rehabilitación** cuando:

- Sea considerada médicamente necesaria, después de revisar la información médica correspondiente, y
- Sea parte del **tratamiento** recibido para dicha condición cubierta bajo la **póliza**.

Nota: Para que **Bupa** pueda otorgar una autorización previa, el **médico** deberá proporcionar la información clínica completa del **asegurado**, incluyendo el diagnóstico, el **tratamiento** recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el **asegurado** se encuentra internado para recibir **rehabilitación**.

**Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:**

- **Habitación y alimentos cuando la estadía hospitalaria no sea médicamente necesaria y la rehabilitación pueda realizarse de forma ambulatoria.**

## 11. CUIDADOS PARA PACIENTES INTERNADOS Y/O PACIENTES AMBULATORIOS

### 11.1 IMAGENOLÓGÍA AVANZADA

**Bupa** cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como:

- Estudios de imagen por resonancia magnética (IRM)
- Tomografía computarizada (TC)
- Tomografía por emisión de positrones (PET)

Los estudios deberán ser recomendados por el **médico** del **asegurado** como parte del diagnóstico o **tratamiento** de condiciones cubiertas como se indique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

## 11.2 CONDICIONES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS

La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta **póliza** es como se indica en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan para:

- Condiciones que se manifiesten antes de que el **asegurado** cumpla los 18 (dieciocho) años de edad, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra **póliza** o **anexo** adicional de **Bupa**, después de satisfacer el **deducible** correspondiente
- Condiciones que se manifiesten en el **asegurado** a los 18 (dieciocho) años de edad o posteriormente

## 11.3 TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER

**Bupa** cubrirá los gastos derivados de cualquier **tratamiento** de cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo los honorarios que se relacionen específicamente para planear y llevar a cabo el **tratamiento** contra el cáncer. Lo anterior incluye exámenes de laboratorio, estudios de imagen para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.

El **asegurado** deberá comunicarse con **Bupa** para recibir autorización previa antes de someterse al **tratamiento**. **Bupa podrá no pagar este beneficio si no se ha otorgado la autorización previa.**

**Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:**

- **Tratamientos o medicamentos experimentales; esto es, que no estén debidamente aprobados por la autoridad en salud en el país donde se recibe el tratamiento.**
- **Tratamiento, servicio o suministro que no esté científicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada.**

**Nota: Bupa no cubre los gastos relacionados con tratamientos o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica. El asegurado deberá comunicarse con Bupa con anticipación para recibir autorización previa antes de proceder con su tratamiento.**

## 11.4 SERVICIO DE TRASPLANTES

**Bupa** cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el **trasplante**, incluyendo consultas con **médicos** o **especialistas** y **tratamiento** médico cuando el **asegurado** se encuentre internado en el **hospital** o como **paciente**

**ambulatorio**, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes **trasplantes**:

- Córnea
- Intestino delgado
- Riñón
- Riñón/páncreas
- Hígado
- Corazón
- Pulmón
- Corazón/pulmón

El **asegurado** deberá comunicarse con **Bupa** para recibir autorización previa antes de someterse al **tratamiento**.

Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para **trasplante** de médula ósea y **trasplantes** de células madres periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de **tratamiento** de cáncer.

**Bupa** cubrirá los gastos del **donante** para cada condición médica que requiera de un **trasplante**, tanto si el **donante** está asegurado o no, incluyendo:

- La recolección del órgano ya sea de un **donante** vivo o muerto,
- Los gastos por compatibilidad de tejidos
- Los gastos de **hospital/operación** del **donante**, y
- Cualquier complicación del **donante**, hasta por un máximo de 30 (treinta) días de post operación únicamente

### **Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:**

- **Órganos mecánicos o animales, excepto cuando temporalmente se utiliza un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante.**
- **La compra de un órgano donado de cualquier fuente o recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles enfermedades o padecimientos futuros.**

## 11.5 DIÁLISIS RENAL

**Bupa** pagará la diálisis renal para **paciente** hospitalizado o **paciente ambulatorio**.

## 11.6 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Período de espera de 3 (tres) años

**Bupa** cubrirá la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) después de 3 (tres) años de vigencia continua en esta **póliza**. **Bupa** cubrirá

los gastos derivados de la infección de VIH y SIDA siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes o durante este período.

## 11.7 AUTISMO

**Bupa** cubrirá los costos relacionados con el autismo, incluyendo consultas médicas, terapias y medicamentos una vez que sea diagnosticado el síndrome (desorden) en cualquiera de sus manifestaciones (espectro) cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan. Este beneficio está sujeto a la autorización previa del equipo médico de **Bupa**.

### **Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:**

- **Tratamientos relacionados con dificultades de aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, o desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil.**

Nota: Los diagnósticos y **tratamientos** de autismo quedan limitados a la cobertura bajo este beneficio.

## 11.8 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Período de espera de 12 (doce) meses

**Bupa** cubrirá los siguientes gastos adicionales para un **paciente** que ha sido diagnosticado con esta enfermedad cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan:

- nutrición
- **cuidado asistencial**
- consejería familiar

Este beneficio está sujeto a autorización previa por el equipo médico de **Bupa**.

### **Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:**

- **No se cubrirán los exámenes de ADN para determinar susceptibilidad del paciente a la enfermedad.**

## 12. MATERNIDAD

### 12.1 MATERNIDAD/PARTO

Período de espera de 10 (diez) meses

Esta cobertura solo aplica para los planes especificados en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

**Bupa** pagará a la **asegurada titular**, cónyuge o concubina **dependiente** los gastos derivados del embarazo, parto y **complicaciones del recién nacido** hasta el límite establecido en este beneficio siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura para la respectiva **asegurada**. El **período de espera** no podrá ser eliminado bajo ningún motivo. En caso de cambio de plan con **endoso** de continuidad de cobertura, este **período de espera** deberá cumplirse con el nuevo plan para poder gozar de este beneficio.

### **Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:**

- **Tratamiento para asistir en la reproducción, como:**
  - **fertilización in-vitro (IVF)**
  - **transferencia intratubárica de gametos (GIFT)**
  - **transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)**
  - **inseminación artificial (IA)**
  - **medicamentos recetados para la fertilidad**
  - **traslado del embrión (de una ubicación física a otra) o gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen**
- **Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo (a menos que exista una amenaza a la salud de la madre), planeación familiar, tales como consultas con el doctor para discutir la posibilidad de embarazarse o utilizar métodos anticonceptivos.**
- **Recolección o almacenamiento de células madre. Por ejemplo, almacenamiento de óvulos, de cordón de sangre y semen.**
- **Tratamiento directo relacionado con la maternidad subrogada.**

**Esta cobertura no aplica para aseguradas dependientes diferentes a las aquí señaladas.** Para disfrutar de este beneficio, la **asegurada** dependiente que no sea cónyuge o concubina deberá optar por una **póliza** independiente donde sea la **asegurada titular** de forma previa al nacimiento de su hijo y la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha del inicio de vigencia para la respectiva **asegurada**.

En caso de cambio de plan es posible que este beneficio no se otorgue en el nuevo plan. Por favor consulte previamente las condiciones generales del plan a contratar.

Nota: **Bupa** cubre los gastos derivados de **trasplantes** de médula ósea y **trasplantes** de célula madre periférica cuando son realizados como parte

del **tratamiento** de cáncer. Esto está cubierto bajo el beneficio de **tratamiento** de cáncer.

## 12.2 PARTO NORMAL EN EL HOSPITAL

Período de espera de 10 (diez) meses

Esta cobertura solo aplica para los planes especificados en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

Una vez que transcurran 10 (diez) meses consecutivos desde que la **asegurada titular**, cónyuge o concubina **dependiente** esté cubierta bajo la **póliza** (no aplica continuación de cobertura ni eliminación de **período de espera**), **Bupa** cubrirá a dicha **asegurada**:

El **tratamiento** de maternidad y parto incluye:

- Cargos de **hospitales**, honorarios de obstetras y parteras por parto natural
- Cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural, como suturas
- Hasta 7 (siete) días de cuidado rutinario para el **recién nacido**
- No aplica **deducible**

## 12.3 CESÁREA

Período de espera de 10 (diez) meses

Esta cobertura solo aplica para los planes especificados en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

Una vez transcurridos los 10 (diez) meses de cobertura consecutiva bajo la **póliza** (no aplica continuación de cobertura ni **eliminación de períodos de espera**), **Bupa** cubrirá a la **asegurada titular** o cónyuge o concubina **dependiente** por gastos de **hospital**, honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de parto por cesárea cuando la cesárea sea médicamente necesaria. No aplica **deducible**.

## 12.4 TRATAMIENTO PRE Y POST NATAL

Período de espera de 10 (diez) meses

Esta cobertura solo aplica para los planes especificados en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

Una vez transcurridos los 10 (diez) meses de cobertura continua bajo la **póliza**, **Bupa** cubrirá a la **asegurada titular**, cónyuge o concubina **dependiente** por los cuidados de maternidad y **tratamiento** antes y después del parto. No aplica **endoso** de continuidad de cobertura o de eliminación de **períodos de espera** por reconocimiento de antigüedad.

## 12.5 COMPLICACIONES DE MATERNIDAD Y PARTO

Período de espera de 10 (diez) meses

Esta cobertura solo aplica para los planes especificados en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

Una vez transcurridos los 10 (diez) meses de cobertura continua bajo la **póliza**, **Bupa** cubrirá a la **asegurada titular**, cónyuge o concubina **dependiente** por los gastos relacionados con cualquier **tratamiento** que sea **médicamente necesario** como resultado directo de **complicaciones de maternidad** y parto. No aplica **deducible**.

Por **complicaciones de maternidad** y parto o **complicaciones del recién nacido durante el parto** se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo, preclamsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte del feto o **recién nacido**.

Este beneficio se encuentra sujeto a autorización previa de **Bupa**. La **asegurada** deberá contactar a **Bupa** para recibir autorización previa si es posible. Si requiere **hospitalización de emergencia** como resultado directo de **complicaciones de maternidad** y parto, la **asegurada** deberá comunicarse con **Bupa** dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas después de ser hospitalizada.

## 12.6 INCLUSIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN LA PÓLIZA

Para que el **recién nacido** disfrute de cobertura bajo esta **póliza** sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, debe haber nacido de un embarazo cubierto o al menos uno de los padres del **recién nacido** debe tener por lo menos 10 (diez) meses cumplidos de cobertura continua bajo esta **póliza**. El **asegurado titular** deberá presentar dentro de los primeros 90 (noventa) días naturales inmediatos siguientes al parto el acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del **recién nacido**, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.

Se requerirá la presentación de una **solicitud** de seguro individual para gastos médicos mayores para incluir al **recién nacido** en la **póliza**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo si:

- el **recién nacido** no nace de un embarazo cubierto, o
- la notificación no es recibida durante los 90 (noventa) días naturales inmediatos siguientes al parto, o
- ninguno de los padres ha cumplido los 10 (diez) meses de cobertura continua bajo esta **póliza**, o
- el **recién nacido** es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.

La incorporación del **recién nacido** en la **póliza** queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente.

**Aun cuando el recién nacido sea incluido bajo esta póliza, si nace de un embarazo no cubierto, quedarán excluidas las complicaciones de maternidad o complicaciones del recién nacido durante el parto, entendiéndose aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo, preclamsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte del feto o del recién nacido.**

## 12.7 COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO

Esta cobertura solo aplica para los planes especificados en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

Si nace de un embarazo cubierto, el **recién nacido** tendrá cobertura provisional automática por cualquier **lesión** o **enfermedad** durante los primeros 90 (noventa) días de vida después del parto, sin **deducible**.

El cuidado para el **recién nacido** saludable solamente está cubierto cuando nace de un embarazo cubierto.

La cobertura del **recién nacido** se extiende a cubrir cualquier **lesión** o **enfermedad** que esté presente, siempre y cuando se encuentre amparada por la **póliza** contratada por el **asegurado titular** y/o **contratante**.

## 13. TRANSPORTE Y VIAJES

---

### 13.1 VIAJES DE TRASLADO

La cobertura por evacuación cubre los gastos razonables de viaje de traslado del **asegurado** al lugar más cercano en donde pueda recibir **tratamiento** apropiado, cuando el **tratamiento** que necesita no está disponible en un lugar cercano.

La cobertura por repatriación le ofrece al **asegurado** la opción adicional de volver a su **país de residencia** especificado o al **país de nacionalidad** especificado para ser tratado en un entorno familiar, cuando el tratamiento que necesita no está disponible en un lugar cercano.

Para todos los traslados médicos, tanto evacuaciones como repatriaciones:

- el **asegurado** debe contactar a **Bupa** para recibir autorización previa al traslado,
- el **tratamiento** debe ser recomendado por el **especialista o médico** tratante del **asegurado**,
- el **tratamiento** no debe estar disponible en un lugar cercano,
- el tratamiento debe estar cubierto bajo esta **póliza**,
- **Bupa** coordinará el traslado con el **asegurado**, y
- el beneficio aplica para **tratamiento** en **hospital**, tanto como paciente ambulatorio u hospitalizado. La evacuación exclusivamente (no la repatriación) podrá ser autorizada si el **asegurado** necesita imagenología avanzada o tratamiento contra el cáncer, como radioterapia o quimioterapia.

**Bupa** no es el proveedor de traslado y otros servicios establecidos en esta sección, pero coordinará estos servicios para el **asegurado**. En algunos países, **Bupa** podrá usar a proveedores de servicios para coordinar estos traslados localmente.

### Exclusiones y restricciones:

- **Bupa no pagará por noches extra en el hospital cuando el asegurado ya no esté recibiendo tratamiento activo que**

requiera que esté hospitalizado; por ejemplo, cuando está esperando su vuelo de regreso.

- **Bupa no aprobará un viaje de traslado que, dentro de la opinión razonable de Bupa, sea inapropiado o innecesario basado en prácticas médicas y clínicas establecidas. Adicionalmente, Bupa se reserva el derecho de realizar una investigación del caso cuando sea razonable. La evacuación o repatriación no será autorizada si no es medicamente necesaria. Bupa no podrá coordinar una evacuación o repatriación cuando la situación local lo haga imposible, sea irrazonablemente peligroso, o el área lo haga impráctico; por ejemplo, una plataforma petrolera, dentro de una zona de guerra, en áreas geográficamente remotas, o rescate en alta montaña. Tales intervenciones dependen y están sujetas a los recursos disponibles local y/o internacionalmente y deberán permanecer dentro del marco nacional e internacional legal y regulatorio. Las intervenciones pueden estar sujetas al otorgamiento de autorizaciones requeridas que son emitidas por diversas autoridades involucradas, que podrán estar fuera del control o influencia de Bupa o de nuestros socios proveedores de servicios.**
- **Bupa no será responsable por cualquier retraso o restricción en conexión con el viaje de traslado ocasionado por condiciones climatológicas, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridad competente o por el piloto, la tripulación o cualquier otra condición fuera del control de Bupa.**

**Bupa** solo pagará por los viajes de traslado coordinados y autorizados previamente por **Bupa**. Los gastos de viaje de traslado cubiertos bajo esta **póliza** pero que no sean coordinados por **Bupa** serán pagados por una cantidad equivalente a los costos que **Bupa** habría pagado si hubiera coordinado el traslado.

## 13.2 EVACUACIÓN MÉDICA

Evacuación médica hospitalaria: Cuando el **asegurado** se encuentre hospitalizado para recibir atención médica, **Bupa** cubrirá los gastos de viaje de traslado para una evacuación médica aérea o terrestre hacia el lugar apropiado más cercano en donde el **tratamiento médicamente necesario** esté disponible (en territorio nacional o en el extranjero) y el regreso al lugar de donde fue trasladado. Deberá obtenerse autorización previa de **Bupa**, y el viaje de regreso debe realizarse dentro de los 14 (catorce) días siguientes al final del **tratamiento**.

Evacuación médica con diagnóstico para cirugía: **Bupa** también cubrirá los gastos de traslado para una evacuación que no sea de emergencia cuando el **asegurado** no está hospitalizado pero ha recibido un diagnóstico que requiera cirugía. **Bupa** cubrirá los costos para el viaje de evacuación médica con diagnóstico para cirugía que sean más económicos entre:

- el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o
- el costo de un boleto comercial por una aerolínea en clase turista.

En ambos casos, la evacuación médica deberá ser autorizada previamente por **Bupa**.

Costos para el viaje de regreso: Cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan, **Bupa** cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:

- el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o
- el costo de un boleto comercial por una aerolínea en clase turista.

**Bupa no pagará ningún otro costo relacionado con la evacuación médica, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados o el alojamiento de hotel.**

### 13.3 REPATRIACIÓN MÉDICA

**Bupa** cubrirá los costos de viaje de traslado para una repatriación médica cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan:

- al **país de nacionalidad** o al **país de residencia** del **asegurado** según la información que haya proporcionado en su **solicitud** de seguro individual para gastos médicos mayores, y
- el traslado de regreso al lugar de donde el **asegurado** fue repatriado cuando haya sido autorizado previamente por **Bupa** y cuando el viaje de regreso se realice dentro de los 14 (catorce) días siguientes al final del **tratamiento**. **Bupa** cubrirá los costos razonables para el viaje de regreso que sean más económicos entre:
  - el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o
  - el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista.

En algunos casos podrá ser más apropiado que el **asegurado** viaje al aeropuerto en taxi que en otro medio de transporte, como por ejemplo en una ambulancia. En estos casos, y si está autorizado previamente, **Bupa** pagará la tarifa del taxi.

El **asegurado** podrá solicitar una repatriación médica comunicándose con **Bupa** para recibir autorización; sin embargo, en algunos casos esto puede ser medicamento innecesario. En estos casos, **Bupa** primero evacuará al **asegurado** al lugar más cercano en donde el **tratamiento** necesario esté disponible. Una vez que el **asegurado** esté médicamente estable, **Bupa** procederá con la repatriación al **país de nacionalidad** o **país de residencia** que el **asegurado** haya especificado.

## **Bupa no pagará ningún otro costo relacionado con la repatriación, como los costos de traslado al hotel o alojamiento de hotel.**

### 13.4 EVACUACIÓN NO-MÉDICA EN CASOS DE CONFLICTOS Y DESASTRES NATURALES

**Bupa** cubrirá los costos de evacuación cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan si el boleto de regreso del **asegurado** no puede usarse debido a:

- guerra, conmoción civil, incidentes terroristas, ley marcial, revolución u otra situación similar en la región donde se encuentra el **asegurado**, siempre y cuando dicha situación haya sido declarada y documentada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, la embajada o cualquier otra institución similar en el país donde se encuentra el **asegurado**, y dicha situación surgió cuando el **asegurado** ya había iniciado su viaje a dicha región, y
- desastres naturales destructivos, incluyendo, pero no limitados a tsunamis, huracanes, terremotos y erupciones volcánicas, cuando la solución consume la capacidad local y sea necesario solicitar asistencia externa nacional o internacional, y solamente si el **asegurado** viajó fuera de su **país de residencia** especificado y la situación surgió cuando el **asegurado** ya había iniciado su viaje a dicha región.

Si el **asegurado** ha sido detenido por las autoridades en un país debido a guerra o peligro de guerra, o si el **asegurado** no puede ser evacuado debido a un desastre natural, **Bupa** proporcionará cobertura por hasta 3 (tres) meses de gastos adicionales razonables y documentados por concepto de hospedaje y alimentos, y los costos necesarios de transporte local debido a una reubicación obligatoria en el país, o para cubrir los costos de viaje con un nivel más alto de seguridad si la situación así lo requiere. La cobertura está sujeta a la condición de que el **asegurado** no haya sido negligente en actuar a tiempo si hubo recibido una recomendación del Ministerio de Relaciones Exteriores, la embajada o cualquier otra institución similar en el país donde se encuentra. **Bupa** no se hace responsable por la disponibilidad del transporte que sea necesario, pero cooperará con el Ministerio de Relaciones Exteriores, la embajada o cualquier otra institución similar en el país donde se encuentra el **asegurado** en los casos que sea necesaria su asistencia.

El **asegurado** deberá comunicarse con **Bupa** lo antes posible después del evento para obtener autorización previa al traslado.

### 13.5 COSTOS DE VIAJE DE TRASLADO PARA UN ACOMPAÑANTE (POR EVACUACIÓN O REPATRIACIÓN)

**Bupa** cubrirá los costos razonables de viaje de traslado para un familiar cercano del **asegurado** (espos(a) o concubino(a), hijo(a), hermano(a)) para que le acompañe si existe una necesidad razonable para ello cuando

así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan. **Bupa** considera como necesidad razonable cuando el **asegurado** necesita de alguien que le acompañe por una de las siguientes razones:

- necesita asistencia para subir o bajar de un transporte, o
- necesita ser trasladado por una distancia larga (por lo menos 1,000 millas o 1,600 kilómetros), o
- no hay acompañamiento médico disponible, o
- en el caso de una **enfermedad o padecimiento** agudo y serio.

La persona acompañante puede viajar en un tipo de transporte diferente que el **asegurado** que requiere el tratamiento, dependiendo de los requerimientos médicos.

**Bupa** cubrirá los costos razonables de traslado para el viaje de regreso al lugar de donde se originó el traslado cuando:

- esto sea autorizado previamente por **Bupa**, y
- el viaje de regreso se realice dentro de los 14 (catorce) días siguientes al final del **tratamiento**.

**Bupa** cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:

- el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o
- el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista.

El **asegurado** debe contactar a **Bupa** para recibir autorización previa.

**Bupa no cubrirá los costos del viaje para el acompañante cuando la evacuación o repatriación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.**

### 13.6 COSTOS DE ALIMENTACIÓN Y TRANSPORTE PARA ACOMPAÑANTE

**Bupa** cubrirá los costos de alimentación y transporte indispensables de un familiar (espos(a) o concubino(a), hijo(a), hermano(a)) que esté autorizado para viajar con el **asegurado** cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan:

- únicamente durante una evacuación, y
- por hasta 10 (diez) días o hasta el día de alta del **asegurado**, cualquiera que sea primero, mientras el familiar del **asegurado** se encuentre fuera de su **país de residencia** habitual.

**Bupa no cubrirá los costos del acompañante cuando la evacuación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.**

### 13.7 COSTOS DE VIAJE DE TRASLADO DE NIÑOS

**Bupa** cubrirá los costos de viaje de traslado razonables para que los hijos del **asegurado** sean trasladados junto con el **asegurado** en caso de su evacuación o repatriación cuando así se especifique en la **Tabla de**

**Beneficios** de su Global Health Plan, siempre y cuando los hijos sean menores de 18 (dieciocho) años y cuando:

- sea **médicamente necesario** que el **asegurado** (el padre o madre o guardián de los niños) sea evacuado o repatriado, y
- el(la) esposo(a), pareja u otro guardián que comparta la custodia de los niños esté acompañando también al **asegurado**, y que de no trasladarlos, los niños quedarían sin un padre, madre o apoderado.

El **asegurado** debe contactar a **Bupa** para recibir autorización previa.

### 13.8 COSTOS DE REPATRIACIÓN COMPASIVA DE EMERGENCIA

**Bupa** cubrirá los gastos de viaje razonables del **asegurado** cuando éste se encuentre fuera de su **país de residencia** y deba regresar prematuramente debido al fallecimiento, una **enfermedad o padecimiento** agudo y serio o una **lesión** de un familiar cercano (esposo(a), pareja, padre, madre, hijo(a), hermano(a), cuñado(a), yerno, nuera, nieto(a) o suegro(a)) cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

**Bupa** cubrirá el costo menor entre:

- el costo razonable del regreso por aire o mar, o
- el costo de un boleto clase ejecutiva.

**Bupa** cubrirá solamente:

- un viaje en conexión con el curso de la enfermedad o padecimiento, y
- si el familiar en cuestión no es un asegurado bajo la misma póliza quien ya ha sido repatriado, y
- si la repatriación compasiva de emergencia adelantaría el regreso del asegurado en por lo menos 12 (doce) horas del regreso original que había sido programado.

El **asegurado** debe contactar a **Bupa** para recibir autorización previa.

### 13.9 COSTOS DE VIAJE DE TRASLADO, ALIMENTACIÓN Y TRANSPORTE PARA VISITA COMPASIVA

**Bupa** cubrirá el costo de un boleto de avión en clase turista para el viaje de traslado de un familiar cercano del asegurado (esposo(a) o pareja, padre, madre, hijo(a), hermano(a)) que viva en otro país cuando el **asegurado** sufra un **accidente o enfermedad o padecimiento** repentino y necesite estar internado en el **hospital** por lo menos 5 (cinco) días, o cuando ha recibido un diagnóstico terminal de corto plazo cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan. Este beneficio incluye el costo del boleto en clase turista para el regreso del familiar del **asegurado** a su país de origen. **Este beneficio solo será pagado cuando sea autorizado previamente por Bupa.**

**Bupa** cubrirá los costos de alimentación y transporte para el familiar del **asegurado**:

- durante un viaje de visita compasiva elegible, y
- hasta por 10 (diez) días mientras el familiar esté fuera de su país de residencia habitual.

**Este beneficio no corresponde en casos de evacuación o repatriación.** En estos casos, **Bupa** solamente cubrirá los gastos especificados bajo los beneficios de “Costos de viaje de traslado para un acompañante”, “Costos de viaje de traslado de niños”, y “Costos de alimentación y transporte” descritos en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

#### 13.10 AMBULANCIA AÉREA LOCAL

**Bupa** cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de **ambulancia aérea** local utilizada para transportar al **asegurado**:

- de la ubicación de un **accidente al hospital**, o
- para el traslado de un **hospital** a otro.

Esta cobertura será procedente cuando la **ambulancia aérea** sea:

- **médicamente necesaria**,
- utilizada para el traslado hacia el centro médico más cercano donde el asegurado pueda recibir la atención necesaria para estabilizarlo,
- relacionada al **tratamiento** que esté cubierto y que el **asegurado** necesite recibir en el **hospital**.

Una **ambulancia aérea** local podrá no estar disponible en los casos en que la situación local lo imposibilite, sea peligroso o que el acceso al área sea impráctico; por ejemplo, una plataforma petrolera o dentro de una zona de guerra. **Bupa no pagará por rescate en montañas.** Este beneficio debe ser aprobado previamente por **Bupa**.

#### 13.11 AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL

**Bupa** cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de **ambulancia terrestre** local utilizada para transportar al **asegurado**:

- de la ubicación de un **accidente al hospital**
- para el traslado de un **hospital** a otro, o
- de su casa al **hospital**

Esta cobertura será procedente cuando la **ambulancia terrestre** local sea:

- **médicamente necesaria**, y
- relacionada al **tratamiento** que esté cubierto y que el **asegurado** necesite recibir en el **hospital**.

#### 13.12 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

**Bupa** cubrirá los gastos razonables para el traslado del cuerpo o restos mortales cremados del **asegurado** a su **país de nacionalidad** o a su **país de residencia**:

- en el caso de fallecimiento mientras el **asegurado** está fuera de casa, y
- sujeto a los requerimientos y restricciones de la aerolínea.

**Bupa** sólo pagará por los arreglos reglamentarios como la cremación, urna, embalsamamiento y ataúd de cinc si esto es requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado.

**Bupa no pagará por ningún otro costo relacionado con el entierro o la cremación, el costo de ataúdes para entierro, etc., o los gastos de traslado para que alguien recolecte o acompañe los restos mortales del asegurado.**

## 14. TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

---

### 14.1 EXAMEN DE SALUD GENERAL

Período de espera de 10 (diez) meses

**Bupa** pagará por un examen de salud general para adultos de 18 (dieciocho) años o más cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan una vez que el **asegurado** haya estado cubierto bajo esta **póliza** por 10 (diez) meses consecutivos.

No aplica **deducible**.

El examen de salud general normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud, y podrán incluir exámenes para analizar los niveles de colesterol y azúcar en la sangre (glucosa), exámenes de función hepática y renal, medición de la presión arterial y una evaluación de riesgo cardiaco. También podrá incluir pruebas específicas para medir el riesgo de cáncer de mama, cervical, de próstata y colorrectal, así como pruebas de densidad ósea.

### 14.2 PRUEBA GENÉTICA DE CÁNCER

**Bupa** cubrirá una prueba, una consulta previa y otra posterior cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan solamente si:

- el **asegurado** es referido por un médico
- el **asegurado** tiene historial médico de cáncer de un familiar inmediato
- tanto las pruebas como las consultas se llevan a cabo en un **hospital** o clínica

Requiere de pre-autorización antes de realizar las pruebas. **Bupa se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.** Sujeta a un **coaseguro** del 20% (veinte por ciento) pagadero por el **asegurado**.

### 14.3 VACUNAS

**Bupa** cubrirá los gastos por la aplicación de las vacunas especificadas en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

### 14.4 EXAMEN DE LA VISTA

Período de espera de 10 (diez) meses

**Bupa** cubrirá un examen de refracción cada **año póliza** que incluye el costo de la consulta cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

No aplica **deducible**.

#### 14.5 EXAMEN DENTAL PREVENTIVO

Período de espera de 10 (diez) meses

**Bupa** cubrirá dos chequeos/exámenes dentales preventivos por **año póliza** cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan, incluyendo:

- radiografías simples/interproximales, radiografías panorámicas o de serie completa, ortopantogramas (OPG)
- eliminación de la placa dental y pulido
- protector de encías/protector bucal

No aplica **deducible**.

#### 14.6 APARATOS AUDITIVOS

**Bupa** cubrirá los costos de aparatos auditivos con receta médica cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan. Sujeto a un **coaseguro** del 20% (veinte por ciento) pagadero por el **asegurado**.

**No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.**

#### 14.7 ANTEOJOS Y LENTES DE CONTACTO

**Bupa** cubrirá los costos de anteojos y lentes de contacto con receta médica prescrita por un **especialista** oftalmológico, y para corregir un problema de la vista o la visión, como miopía o astigmatismo cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan. Sujeto a un **coaseguro** del 20% (veinte por ciento) pagadero por el **asegurado**.

**No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.**

#### 14.8 CIRUGÍA REFRACTIVA

**Bupa** cubrirá los costos de la cirugía refractiva para corregir astigmatismo y miopía/hipermetropía cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan, sujeto a los siguientes criterios médicos:

- si el **asegurado** tiene 3 (tres) dioptrías o más en el ojo que está siendo tratado, y
- si el **tratamiento** es realizado por un proveedor (**médico, hospital o clínica**) reconocido y acreditado,

**Bupa** únicamente cubrirá una cirugía por ojo, de por vida. Sujeta a un **coaseguro** del 20% (veinte por ciento) pagadero por el **asegurado**. Este procedimiento está sujeto a pre-**autorización**, por lo que el **asegurado** deberá obtener dicha pre-autorización antes de coordinar cualquier consulta o tratamiento. **Bupa se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.**

#### 14.9 COBERTURA PRIMA CERO PARA NIÑOS NACIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Máximo 3 (tres) hijos, cuando así lo especifique la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

Los hijos nacidos de partos cubiertos durante la vigencia de la **póliza** podrán incluirse en la **póliza** exentándose las primas correspondientes a su año de nacimiento y las primas correspondientes a las renovaciones subsecuentes especificadas en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan, siempre que la **póliza** se mantenga en vigor con al menos uno de los padres como integrante de la **póliza**. La única excepción a este beneficio es por fallecimiento de ambos padres.

#### 14.10 COBERTURA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL

En caso de que fallezca el **asegurado titular**, Bupa eximirá de aquellos períodos pendientes de pago cuando así lo especifique la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan sin costo alguno, si la causa de la muerte del **asegurado titular** se debió a un **accidente, enfermedad o padecimiento** cubierto bajo esta **póliza**. Este beneficio aplica solamente a los **dependientes** cubiertos bajo la **póliza** existente y terminará automáticamente para el cónyuge o concubino(a) sobreviviente si contrae matrimonio, o para los **dependientes** sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta **póliza** y/o para los cuales se haya emitido su propia **póliza** por separado.

**ESTA COBERTURA NO SERÁ PROCEDENTE SI EL CONTRATANTE Y/O BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR SOLICITAN LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA POR FALLECIMIENTO, Y DICHA DEVOLUCIÓN ES EFECTUADA EN TÉRMINOS DE LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES.**

#### 14.11 BENEFICIO MÁXIMO DE LA COBERTURA BUPA

Se establecen \$100,000,000 (Cien millones de pesos 00/100 M.N.) como la cantidad máxima acumulada que el **asegurado** podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para el mismo **accidente, enfermedad o padecimiento** de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la **póliza**.

### **III. EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES**

Las exclusiones de esta sección aplican en conjunto con las exclusiones que se mencionan en estas Condiciones Generales.

Para todas las exclusiones en esta sección, así como para cualquier exclusión y restricción que aparezca en las condiciones generales de la póliza de seguro, Bupa no proporciona cobertura o beneficios por enfermedades y/o padecimientos preexistentes que estén directamente relacionados con:

- **Enfermedades o padecimientos preexistentes no declarados al momento de contratar la póliza o sus complicaciones**
- **Enfermedades o padecimientos y tratamientos excluidos**
- **Gastos adicionales o incrementados que resulten de enfermedades o padecimientos y/o tratamientos excluidos**
- **Complicaciones que resulten de enfermedades y/o padecimientos y tratamientos excluidos**
- **Los servicios que no se encuentren dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio cuando así lo especifique la Tabla de Beneficios de su Global Health Plan**

Los títulos incluidos a continuación no presuponen el alcance ni limitan de forma alguna la exclusión enunciada. En caso de duda, siempre se deberá de remitir al texto íntegro de las presentes Condiciones Generales.

#### **1. ACTIVIDADES PELIGROSAS**

---

Tratamiento por cualquier lesión que resulte de participar en cualquier deporte o actividad peligrosa, ya sea por compensación o como profesional

#### **2. ADMISIÓN ELECTIVA**

---

La admisión electiva en un hospital por más de 23 (veintitrés) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por Bupa.

#### **3. ALIMENTOS, COMPLEMENTOS Y SUPLEMENTOS**

---

Cualquier alimento, complemento o suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas y fórmula infantil, aun cuando hayan sido prescritos a asegurados con enfermedades o condiciones cubiertas bajo la póliza, cualquiera que sea la causa, excepto cuando ésa sea la única forma de alimentación

posible para mantener la vida del paciente, o cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios.

#### **4. ALMACENAMIENTO DE TEJIDOS**

---

Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical o cualquier otro tipo de tejido o célula. También están excluidos los gastos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de 24 (veinticuatro) horas de duración. Bupa cubrirá los gastos relacionados con trasplantes de médula ósea y trasplantes de célula madre periférica cuando sean realizados como parte del tratamiento de cáncer. Esto está cubierto bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.

#### **5. CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO**

---

Cirugía o tratamiento electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o tratamiento que no sea médicamente necesario, excepto cuando resulte de una lesión, deformidad, accidente o enfermedad que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el Asegurado cubierto bajo esta póliza, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.). También está excluido cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no haya sido causado por trauma.

#### **6. CLÍNICAS DE HIDROTERAPIA, NATURISTAS, ETC.**

---

Tratamientos o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa o en cualquier establecimiento similar que no sea un hospital.

#### **7. CONDICIONES RELACIONADAS AL SEXO, LA SEXUALIDAD Y LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE**

---

Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, el Virus del Papiloma Humano (VPH) y las enfermedades transmitidas sexualmente.

#### **8. CONFLICTO Y DESASTRE**

---

Contaminación nuclear o química, guerra, huelga, revolución, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control

---

de las autoridades sanitarias locales y eventos similares si el asegurado:

- Ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida,
- Participó activamente, o
- Ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.

## **9. CONTROL DE NATALIDAD**

---

Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo (a menos que exista una amenaza a la salud de la madre) y planeación familiar, tal como consultas del asegurado con su médico para discutir si embarazarse o utilizar métodos anticonceptivos.

## **10. DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O DEL DESARROLLO**

---

No se cubrirán tratamientos relacionados con dificultades de aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico o desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil. Los diagnósticos y tratamientos de autismo quedan limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios de su Global Health Plan.

## **11. DEPÓSITOS/PAGOS POR ADELANTADO**

---

Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los beneficios cubiertos.

## **12. DESÓRDENES DE SUEÑO**

---

Tratamiento para insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios de sueño.

## **13. DISFUNCIONES SEXUALES Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

---

Consultas y tratamientos relacionados con disfunciones sexuales, excepto cuando sean derivados de una condición cubierta bajo la póliza, y las enfermedades transmitidas sexualmente.

#### **14. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS**

---

No está cubierto el tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica, así como tampoco están cubiertas las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para o relacionados con cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica.

#### **15. EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL**

---

Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por Bupa.

#### **16. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA TRABAJO O VIAJES**

---

Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del asegurado para trabajar o viajar.

#### **17. EXÁMENES GENÉTICOS**

---

Exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible o no de desarrollar una enfermedad y/o padecimiento, y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de exámenes de diagnóstico. Bupa no pagará por exámenes utilizados para determinar si el asegurado es susceptible de desarrollar la enfermedad de Alzheimer.

#### **18. EXÁMENES VISUALES/AUDITIVOS**

---

Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual, excepto cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios de su Global Health Plan.

#### **19. GASTOS DE REGISTRO/ADMINISTRACIÓN**

---

Gastos de registro/administración en hospitales o instituciones similares (a menos que Bupa, dentro de su discreción razonable, considere que esos gastos son adecuados, usuales y aceptados por la práctica del país que sea relevante).

#### **20. GASTOS EXCESIVOS**

---

Cualquier cantidad o gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro para el área

---

geográfica en particular o nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.

**21. GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS**

---

El tratamiento de cualquier lesión, enfermedad o padecimiento, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:

- (a) Que no sea médicamente necesario, o
- (b) Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o
- (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o
- (d) Que está relacionado con el cuidado asistencial, excepto cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios de su Global Health Plan, o
- (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.

Cualquier exclusión particular de la póliza, ya sea por condiciones generales o por virtud de un endoso, excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión. Por tanto, el asegurado nunca tendrá cobertura de una exclusión bajo esta póliza, independientemente de cuál sea la causa primaria y/o secundaria, incluyendo pero no limitándose a causas mórbidas y/o accidentes.

**22. LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO, SUICIDIO FALLIDO Y/O USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS**

---

Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o padecimientos auto infligidos por el propio asegurado o un tercero a solicitud del asegurado, suicidio, suicidio fallido, u ocasionados por culpa grave del asegurado por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, drogas recreativas, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de accidentes vehiculares en los que el asegurado esté implicado como conductor, se

deberá presentar a Bupa una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica a consecuencia del accidente como condición indispensable para la determinación de la procedencia o no del siniestro. En México se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor a 0.4 g/L, 0.40 mg/l, o 400 mg/dl. En el extranjero será aplicable la medida menor entre la establecida para México o la correspondiente en el país donde ocurrió el accidente.

### **23. LESIONES POR RIÑAS**

---

Se excluyen tratamientos de lesiones, enfermedades o padecimientos, así como accidentes que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que el asegurado participe directamente o que sean derivados por riñas en las que el asegurado haya sido el provocador.

### **24. MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE VIDA**

---

Bupa no pagará el mantenimiento artificial de vida dentro de una institución hospitalaria cuando no se espere que dichos tratamientos resulten en la recuperación del asegurado o en la restauración de su salud, incluyendo ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado. Bupa se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico.

### **25. MATERNIDAD NO CUBIERTA**

---

Todo tratamiento a una madre o a un recién nacido relacionado con una maternidad no cubierta tal como se indica en la Tabla de Beneficios de su Global Health Plan.

### **26. MATERNIDAD SUBROGADA**

---

Tratamiento directamente relacionado con la maternidad subrogada. Esta exclusión es aplicable tanto si la asegurada actúa como madre subrogada o cuando una tercera persona actúa como tal para el asegurado.

### **27. MEDICAMENTOS SIN RECETA**

---

Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica.

---

## **28. MEDICINA ALTERNATIVA**

Tratamiento quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa, excepto cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios de su Global Health Plan.

## **29. ÓRGANOS MECÁNICOS O ANIMALES**

Órganos mecánicos o animales, excepto cuando temporalmente se utiliza un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante. También se excluye la compra de un órgano donado de cualquier fuente, recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles enfermedades o padecimientos futuros.

## **30. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS**

Cualquier enfermedad o padecimiento congénito o hereditario, excepto como se especifique en la Tabla de Beneficios de su Global Health Plan.

## **31. PODOLOGÍA COSMÉTICA**

Cuidado podiátrico cosmético o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.

## **32. PROFESIONAL O PROVEEDOR MÉDICO QUE NO CUENTE CON LA CERTIFICACIÓN MÉDICA OBLIGATORIA O EN INSTALACIONES MÉDICAS SIN LA CERTIFICACIÓN REQUERIDA**

Tratamiento realizado por un profesional o proveedor médico no reconocido o tratamiento realizado en instalaciones médicas no reconocidas.

## **33. TRATAMIENTO DE FERTILIDAD**

Tratamiento para asistir en la reproducción, como:

- Fertilización in-vitro (IVF)
- Transferencia intratubárica de gametos (GIFT)
- Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)
- Inseminación artificial (IA)
- Tratamiento de medicamentos recetados
- Traslado del embrión (de una ubicación física a otra)
- Gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen

### **34. TRATAMIENTO DENTAL**

---

Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto o después de 30 (treinta) días de la fecha de un accidente cubierto, o aquéllos que sin derivar de un accidente no están debidamente señalados bajo la cobertura dental especificada en la Tabla de Beneficios de su Global Health Plan.

### **35. TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD**

---

Tratamientos para o como resultado de obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional. Los gastos asociados con cirugías por obesidad están cubiertos tal como se indica en la Tabla de Beneficios de su Global Health Plan, sujeto a los términos y condiciones aquí establecidos. La cobertura para cirugía bariátrica está excluida para asegurados que no hayan cumplido con el período de espera de 2 (dos) años y para asegurados que hayan cumplido los 60 (sesenta) años de edad.

### **36. TRATAMIENTOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS**

---

Tratamientos en cualquier institución gubernamental cuando el asegurado es derechohabiente de la misma o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración.

### **37. TRATAMIENTO EXPERIMENTAL**

---

Bupa no pagará por tratamientos o medicamentos experimentales, que no estén aprobados por la FDA (Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América) o la Secretaría de Salud en el caso de los Estados Unidos Mexicanos o aprobados por la autoridad de salud en el país donde se recibe el tratamiento médico.

Bupa no pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea autorizado previamente.

Bupa no pagará por ningún costo relacionado con tratamientos o medicamentos experimentales si éstos son suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.

---

### **38. TRATAMIENTOS MAXILARES**

Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.

---

### **39. TRATAMIENTOS PARA EL CRECIMIENTO**

Cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, incluyendo tratamientos realizados por un estimulador de crecimiento óseo, independientemente de la razón o padecimiento que haya dado origen a la receta médica.

---

### **40. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO**

Procedimientos de diagnóstico o tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos durante una hospitalización cuando la razón principal de la hospitalización sea para diagnosticar o tratar una condición primariamente de origen mental. No está cubierto el síndrome de fatiga crónica.

---

### **41. TRATAMIENTOS REALIZADOS POR FAMILIARES**

Cualquier tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.

---

### **42. SERVICIO MILITAR Y/O POLICIAL**

Tratamiento de lesiones que se produzcan mientras el asegurado se encuentra en servicio en una unidad militar o policial o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o lesiones sufridas en prisión.

---

### **43. VISIÓN**

Tratamiento, equipo o cirugía para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK), salvo que esté expresamente cubierto en la Tabla de Beneficios de su Global Health Plan.

## IV. DEFINICIONES

### 1. ACCIDENTE:

Daño, trauma o lesión provocado de manera involuntaria por una causa externa, súbita, fortuita y violenta. Los accidentes deben ser notificados a Bupa o USA Medical Services por el Asegurado o Contratante durante las setenta y dos (72) horas siguientes al evento. Además, para ser considerado accidente bajo los términos de esta póliza, la primera atención médica debe recibirse dentro de los primeros treinta (30) días naturales siguientes al evento. En caso contrario, el siniestro se procesará como una enfermedad o padecimiento. Para los casos de nariz, ligamentos, columna vertebral, rodilla y articulaciones mayores, sólo se considerarán accidentes cuando, además de las condiciones antes descritas, exista fractura o ruptura, según aplique, o politraumatismos.

### 2. ACTIVIDADES Y DEPORTES DE ALTO RIESGO

Cualquier actividad o deporte que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5 (cinco), pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de 30 (treinta) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, ya sea por compensación o como profesional.

### 3. AMBULANCIA AÉREA

Transporte aéreo de **emergencia** desde el **hospital** donde el **asegurado** está ingresado hasta el **hospital** más cercano donde se le puede proporcionar el **tratamiento** adecuado.

### 4. AMBULANCIA TERRESTRE

Unidad móvil especializada para el transporte de **emergencia** del **asegurado** hacia un **hospital**.

### 5. ANEXO

Un documento añadido a la **póliza** por **Bupa** que agrega y detalla una cobertura opcional.

### 6. AÑO CALENDARIO

Del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.

### 7. AÑO PÓLIZA

El período de 12 (doce) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la **póliza**, y cualquier período subsiguiente de 12 (doce) meses.

### 8. ASEGURADO TITULAR

El solicitante nombrado en la solicitud de seguro. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

---

## 9. ASEGURADO

La persona para quien se ha completado una **solicitud** de seguro, para quien se ha pagado la prima y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por **Bupa**. El término **asegurado** incluye al **asegurado titular** y a todos los **dependientes** cubiertos bajo esta **póliza**.

---

## 10. BENEFICIOS CUBIERTOS

**Tratamiento** y beneficios que aparecen como cubiertos en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

---

## 11. BUPA

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., una institución de seguros autorizada en México.

---

## 12. CARÁTULA

Documento que forma parte de la **póliza** que especifica la **fecha efectiva**, las condiciones, la extensión y cualquier limitación de la cobertura, y enumera a todas las personas cubiertas.

---

## 13. COASEGURO

Es el porcentaje de las facturas médicas de ciertos beneficios que el **asegurado** debe pagar en adición al **deducible**.

---

## 14. COMPLICACIONES DE MATERNIDAD Y PARTO

Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta **póliza**, una cesárea electiva o una cesárea después de una cesárea en ningún caso son consideradas una complicación de maternidad.

---

## 15. COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO

Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros 31 (treinta y un) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, nacimiento prematuro, déficit respiratorio o traumatismos durante el parto.

---

## 16. CONTRATANTE

La persona que firma la **solicitud** de seguro para obtener cobertura y que se obliga al pago de la prima.

---

## 17. CONTRATO

El presente **contrato** celebrado entre **Bupa** y el **asegurado**, bajo el cual **Bupa** se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al **asegurado** por gastos relacionados con los **beneficios cubiertos** en que incurra.

---

## 18. CUIDADO ASISTENCIAL

Ayuda para realizar actividades cotidianas (por ejemplo, bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.) que debe ser proporcionada por un **técnico de la salud o asistente de enfermería**.

## 19. CUIDADOS INTENSIVOS

Los **cuidados intensivos** incluyen Unidad de Alta Dependencia: una unidad que provee un nivel de **tratamiento** y monitoreo médico superior, por ejemplo en los casos de falla de órganos sistémica; unidad de terapia intensiva/unidad de **cuidados intensivos** (UTI/UCI): una unidad que provee de cuidados del más alto nivel, por ejemplo, en caso de fallas de múltiples órganos o en caso de respiración mecánica; Unidad de Cuidado Coronario (UCC): una unidad que provee de cuidados cardiacos del más alto nivel; Unidad de Cuidados Neonatales: una unidad que provee el mejor cuidado para los **recién nacidos**.

## 20. DEDUCIBLE

La cantidad anual de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el **asegurado** por cada **año póliza**, y que debe ser cubierta antes de que los beneficios de la **póliza** sean pagaderos.

## 21. DEPENDIENTE

Cualquier otra persona diferente del **asegurado titular** cubierta bajo esta **póliza** y nombrada en la **carátula** de la **póliza**.

## 22. DONANTE

Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (**receptor**).

## 23. EMERGENCIA

**Enfermedad o padecimiento** que se manifiesta por **signos** o **síntomas** agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida y/o integridad física del **asegurado** si no se proporciona atención médica en menos de 24 (veinticuatro) horas.

## 24. ENDOSO

Documento que forma parte integrante de la **póliza** que puede ser emitido con posterioridad al inicio de vigencia y que aclara, explica o modifica las condiciones generales. Lo estipulado en un **endoso** siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

## 25. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO

Condición anormal o alteración en la salud del **asegurado** que ha sido diagnosticada por un **médico o doctor** legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo, y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

## 26. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE

Son aquellas enfermedades o padecimientos existentes previamente a la celebración del **contrato** o cuya existencia se compruebe mediante un resumen clínico o diagnóstico realizado por un **médico o doctor** legalmente autorizado, o bien que hubiesen sido diagnosticados mediante pruebas de laboratorio o de patología o por cualquier otro medio de diagnóstico reconocido, dentro de los 7 (siete) años previos al inicio de vigencia de la **póliza**.

---

Cuando **Bupa** cuente con pruebas documentales de que el **asegurado** efectuó cualquier gasto para recibir un diagnóstico de la **enfermedad o padecimiento** de que se trate, podrá solicitar al **asegurado** el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación. También se consideran preexistentes aquellas enfermedades o padecimientos por los que previamente a la celebración del **contrato**, el **asegurado** haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir el **tratamiento** médico de la **enfermedad o padecimiento** de que se trate.

**Bupa** podrá requerir al solicitante y/o cualquiera de los **asegurados** que se someta a un examen médico. Al **asegurado** que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de preexistencia respecto de **enfermedad o padecimiento** alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

## 27. ENFERMERO(A)

---

Profesional legalmente autorizado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el **tratamiento**.

## 28. EPIDEMIA

---

La incidencia de más casos de lo esperado de cierta **enfermedad** o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la **epidemia**. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.

## 29. EQUIPO MÉDICO DURABLE (DME)

---

El equipo médico durable (EMD) es equipo **médicamente necesario** que provee beneficios terapéuticos al individuo y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas condiciones médicas o enfermedades no podría realizar. El EMD debe cumplir con las siguientes características:

- (a) ser ordenado por un **médico**,
- (b) ser resistente al uso prolongado,
- (c) ser usado para un propósito médico y
- (d) ser apropiado para utilizarlo en casa y/o para que permitan al individuo la realización de actividades diarias.

## 30. ESPECIALISTA

---

Un cirujano, anestesiólogo o **médico o doctor** que esté legalmente calificado para practicar medicina o cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el **tratamiento** sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de

especialización del **tratamiento** de la **lesión, enfermedad o padecimiento** que sea tratado. Por “escuela médica reconocida” se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.

### 31. ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

---

Un estado de pérdida de conciencia profundo sin **signos** de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por 4 (cuatro) semanas sin **signos** de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido agotados.

### 32. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

---

Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los **síntomas** de un **paciente**.

### 33. FECHA DE ANIVERSARIO

---

Ocurrencia anual de la **fecha efectiva** de la **póliza**.

### 34. FECHA DE RENOVACIÓN

---

El primer día del siguiente **año póliza**. La **renovación** ocurre solamente en la **fecha de aniversario** de la **póliza**.

### 35. FECHA DE VENCIMIENTO

---

La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

### 36. FECHA EFECTIVA

---

Fecha en que comienza la cobertura, tal como aparece en la **carátula** de la **póliza**.

### 37. GASTO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE

---

Se entenderá como el costo máximo indemnizable para un **tratamiento** o procedimiento médico, tal como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualesquier otro tipo de gasto cubierto bajo la **póliza**, el cual será establecido con base al tipo de **tratamiento** o cirugía y a la localidad en donde se lleve a cabo la atención médica y de acuerdo con los acuerdos que **Bupa** tiene con los **hospitales** y/o **proveedores en convenio**.

### 38. HOSPITAL

---

Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera y que

- (a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y para el **tratamiento** y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos o doctores, y
- (b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.

---

### 39. HOSPITAL Y/O PROVEEDOR EN CONVENIO CON BUPA

**Hospitales** y médicos con los que **Bupa** tiene convenio y donde el **asegurado** puede elegir libremente dónde desea recibir la atención médica requerida.

- (a) La lista de **hospitales** y proveedores en convenio con **Bupa** para pólizas Global Health Plans está disponible en USA Medical Services o en la página web [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx), y está sujeta a cambio sin previo aviso.
- (b) Para asegurarse de que el **hospital** y/o proveedor tenga convenio con **Bupa**, todo **tratamiento**, excepto **emergencias**, deberá ser coordinado por USA Medical Services cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.
- (c) En los casos en los que los **hospitales** y/o proveedores en convenio con **Bupa** no estén especificados en el **país de residencia** del **asegurado**, no existirá restricción sobre los **hospitales** certificados que el **asegurado** podrá utilizar en su **país de residencia**.

---

### 40. HOSPITALIZACIÓN

Ingreso del **asegurado** a una instalación hospitalaria por más de 23 (veintitrés) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la **enfermedad o padecimiento** también debe justificar la necesidad médica para la **hospitalización**. El **tratamiento** que se limita a la sala de **emergencias** no se considera una **hospitalización**.

---

### 41. LESIÓN

Daño causado al organismo por una causa externa.

---

### 42. LÍMITE MÁXIMO

Se establece en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan como la cantidad máxima acumulada que el **asegurado** podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para determinado **accidente, tratamiento, enfermedad o padecimiento**, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la **póliza**.

---

### 43. MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE VIDA

Cualquier proceso, técnica, medicamento o intervención médica recibida por un **paciente** para prolongar su vida artificialmente.

---

### 44. MÉDICAMENTE NECESARIO

El **tratamiento**, servicio o suministro médico que es determinado por **Bupa** como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o **tratamiento** de una enfermedad, padecimiento o **lesión**. El **tratamiento**, servicio o suministro médico no será considerado **médicamente necesario** si:

- (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el **asegurado**, la familia del **asegurado** o el proveedor del servicio (por ejemplo, un **enfermero(a)** privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o junior suite);

- (b) No es apropiado para el diagnóstico, **tratamiento** del **asegurado**;
- (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o **tratamiento** adecuado;
- (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.).

### 45. MÉDICO O DOCTOR

---

Profesional debidamente autorizado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el **tratamiento** y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término médico o doctor también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.

### 46. NUTRICIONISTA

---

Profesionales que deben estar entrenados adecuadamente y legalmente calificados y permitidos para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde se esté recibiendo el **tratamiento**.

### 47. OPERACIÓN QUIRÚRGICA

---

Un procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.

### 48. PACIENTE

---

Persona que recibe un **tratamiento** que por razones médicas requiere ocupar una cama de **hospital** únicamente durante el día.

### 49. PACIENTE AMBULATORIO

---

**Tratamiento** suministrado en el **hospital**, consultorio, oficina del **médico o doctor**, o clínica para **pacientes** ambulatorios en donde el **asegurado** no se quede durante la noche o como un **paciente** durante el día para recibir el **tratamiento**.

### 50. PAÍS DE NACIONALIDAD

---

El país que le ha otorgado nacionalidad al **asegurado titular** o **contratante** y que éste ha especificado en la **solicitud**, o el que se le haya informado posteriormente a **Bupa** por escrito.

### 51. PAÍS DE RESIDENCIA

---

El país en el que el **asegurado titular** ha manifestado en el formulario de solicitud que mantiene su residencia fija, o en su defecto, su país de origen o el lugar que hubiese informado posteriormente a **Bupa** por escrito.

### 52. PANDEMIA

---

Una **epidemia** que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.

---

### 53. PERÍODO DE ESPERA

Algunos beneficios están sujetos a períodos de espera. Esto significa que el **asegurado** no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos beneficios que se hayan realizado antes de que haya sido completado el período de espera correspondiente indicado en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.

---

### 54. PERÍODO DE GRACIA

El período de tiempo de 30 (treinta) días después de la **fecha de vencimiento** de la prima durante el cual **Bupa** permitirá que la **póliza** sea pagada.

---

### 55. PÓLIZA

Su **contrato** de seguro con **Bupa**, tal como está descrito en la Cláusula 1 de las condiciones generales de la **póliza**.

---

### 56. PRUEBA CLÍNICA REGISTRADA

Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas (por ejemplo: [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov), [www.ISRCTN.ORG](http://www.ISRCTN.ORG) o [www.ukctg.nihr.ac.uk](http://www.ukctg.nihr.ac.uk)).

---

### 57. PSIQUIATRA, PSICÓLOGO Y PSICOTERAPEUTA

Profesional que está legalmente calificado y que cuenta con licencia para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde el **paciente** esté recibiendo el **tratamiento**.

---

### 58. RECIÉN NACIDO

Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple 31 (treinta y un) días de vida.

---

### 59. REHABILITACIÓN (REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA)

**Tratamiento** o una combinación de varios **tratamientos** de terapias como física, ocupacional y del habla que buscan restaurar la función completa después de un evento crítico como un infarto.

---

### 60. RENOVACIÓN

Cada aniversario de la fecha en que el **asegurado** fue incluido al Global Health Plan.

---

### 61. SIGNOS

Son las manifestaciones visibles de una **enfermedad o padecimiento** constatadas por el **médico o doctor** tratante.

---

### 62. SÍNTOMA

Referencia que da un **asegurado** al **médico o doctor** tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico.

### 63. SOLICITUD

Declaración escrita en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus **dependientes**, usada por **Bupa** para determinar la aceptación del riesgo. La **solicitud** de seguro incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica realizada por **Bupa**, su historial médico, cuestionarios y otros documentos proporcionados a, o solicitados por **Bupa** antes de la emisión de la **póliza**.

### 64. SUMA ASEGURADA

Monto en millones de dólares americanos asignado por **asegurado** y por **año póliza**, sujeto a los límites de cobertura que se estipulan en la **póliza**, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el **asegurado** en la vigencia en curso, tanto en el territorio de la República Mexicana como en el extranjero, por **accidentes**, enfermedades o padecimientos cubiertos bajo la **póliza**, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la **póliza**. La **suma asegurada** para la reclamación en curso será la **suma asegurada** por **año póliza**, reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes **accidentes**, enfermedades o padecimientos cubiertos ocurridos durante el mismo **año póliza**. Al concretarse la **renovación** de la **póliza**, se establecerá una nueva **suma asegurada** por **asegurado**, por **año póliza** para los gastos incurridos por **accidentes**, enfermedades o padecimientos cubiertos por la **renovación** en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia, por **accidentes**, enfermedades o padecimientos cubiertos en las vigencias previas, aún para aquellos **accidentes**, enfermedades o padecimientos cubiertos que por sí mismos hubieran agotado la **suma asegurada** por **asegurado**, por **año póliza**.

### 65. TABLA DE BENEFICIOS

Listado que forma parte de las condiciones generales de la **póliza** que incluye las cantidades máximas de los gastos médicos cubiertos por su Global Health Plan que serán pagados una vez que superen el **deducible** anual aplicable detallado en la **carátula** de la **póliza**.

### 66. TÉCNICO DE LA SALUD O ASISTENTE DE ENFERMERÍA

Los técnicos de la salud o asistentes de enfermería generalmente realizan trabajos de preparación para un(a) enfermero(a), como tomar la temperatura y la presión arterial del **paciente**. También ayudan al **paciente** a alimentarse, asearse y vestirse, realizando tareas de soporte para **pacientes** que no necesitan atención médica constante, pero requieren de **cuidado asistencial** para realizar ciertas actividades de la vida diaria.

### 67. TERAPIA COMPLEMENTARIA

Los términos "medicina complementaria" y "medicina alternativa", utilizados indistintamente junto con "medicina tradicional", hacen referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal.

---

## 68. TERAPIA OCUPACIONAL

El conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previenen y mantienen la salud, favorecen la restauración de la función, suplen los déficits invalidantes y valoran los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

---

## 69. TERAPEUTA (TERAPEUTA OCUPACIONAL)

Un **terapeuta ocupacional** u ortopedista legalmente calificado para practicar como tal en el país en donde el **asegurado** esté recibiendo el **tratamiento**.

---

## 70. TERAPEUTA COMPLEMENTARIO

Profesional como un acupunturista, reflexólogo, naturópata, o practicante de medicina china que esté entrenado adecuadamente y legalmente calificado y que cuente con licencia para realizar su práctica por la autoridad relevante en el país en donde se recibe el **tratamiento**.

---

## 71. TERAPEUTA DEL HABLA

Los profesionales deben estar debidamente entrenados y legalmente calificados para proporcionar terapia relacionada con enfermedades o padecimientos del habla y deben tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes en el país en donde se esté recibiendo el **tratamiento**.

---

## 72. TITULAR

La persona física a quien corresponden los datos personales.

---

## 73. TRASPLANTE

Procedimiento mediante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) o tejido es implantado de una parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula, o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

---

## 74. TRATAMIENTO

Servicios quirúrgicos o médicos (incluyendo exámenes médicos tales como **exámenes de diagnóstico**, de laboratorio, gabinete e imagenología) para tratar una **enfermedad o padecimiento** o **lesión** con el objeto de que el **asegurado** recupere o conserve su estado de salud, o que restaure su estado de salud previo.

---

## 75. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Atención o servicios **médicamente necesarios** debido a una condición que se manifiesta por **signos** o **síntomas** agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del **asegurado** si no se proporciona atención médica en menos de 24 (veinticuatro) horas.

---

## 76. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLOGICO

**Tratamiento** de una **enfermedad o padecimiento** mental, incluyendo desórdenes alimenticios.

## V. AVISO DE PRIVACIDAD

BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V. (“Bupa”), con domicilio en Montes Urales No. 745, primer piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11000, Ciudad de México, hace de su conocimiento el tratamiento que dará a los datos personales que usted proporcione de acuerdo con el presente Aviso de Privacidad Simplificado:

### ¿QUÉ INFORMACIÓN RECAMAMOS?

Datos personales, datos de identificación, datos de contacto, datos laborales, ocupación y aficiones, datos académicos, datos de tránsito y/o migratorios, datos patrimoniales y financieros, datos sobre procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio y/o jurisdiccionales, antecedentes penales, datos de salud, características físicas, información de su vida sexual, ideología. También recabaremos la información referida respecto de terceros, por lo que usted debe asegurarse de que usted tiene su consentimiento para hacerlo.

Los datos antes mencionados pueden ser recabados por cualquier vía, incluso la vía electrónica, mediante grabación de conversaciones telefónicas o a través de cualquier otro medio, directamente o a través de un tercero.

### ¿QUÉ HACEMOS CON LA INFORMACIÓN QUE RECAMAMOS?

Uso Primario: Identificación del titular de los datos, asesoría, comercialización, contratación y colocación de todo tipo de productos de seguros y el cumplimiento de obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica y comercial con Bupa, así como para la gestión de otras solicitudes y contratos con entidades de Bupa.

Usos Secundarios: (a) La promoción y el desarrollo de nuevos productos y servicios, y ofrecerle beneficios, descuentos, promociones, notificaciones de premios o sorteos; (b) generación de información estadística, evaluación de la calidad en el servicio, análisis de nuestros productos y servicios; (c) comunicarle la existencia de nuevos productos y servicios.

Transferencia de Datos personales:

La información del titular que Bupa recabe será tratada con la confidencialidad debida y no será objeto de enajenación a terceras personas. Sin embargo, el titular autoriza a Bupa a compartirla en los siguientes casos:

- Cuando dicha transferencia de información se efectúe a terceros para dar cumplimiento a cualquier contrato con el titular.
- En los casos que lo exija la ley o la procuración o administración de justicia.

Bupa realizará transferencias de sus datos con las empresas afiladas y subsidiarias y sus socios comerciales, a nivel internacional, así como con terceros proveedores de servicios, todos los cuales garantizan el cumplimiento de las obligaciones legales adquiridas por Bupa.

La información personal será resguardada por el departamento y/o responsable de datos personales de Bupa, ante quien el titular puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante solicitud por escrito

---

enviada a la dirección de contacto señalada al inicio del presente Aviso de Privacidad o vía correo electrónico a [privacidad@bupalatinamerica.com](mailto:privacidad@bupalatinamerica.com).

Se entenderá que el titular consiente el tratamiento y transferencia de su información personal en los términos indicados en el Aviso de Privacidad de Bupa si no manifiesta su oposición al mismo.

Para conocer nuestro Aviso de Privacidad completo, por favor visite [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx).

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa ubicada en Montes Urales 745, primer piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11000, Ciudad de México, teléfono 52021701 ext. 4417, correo electrónico [UEAP@bupalatinamerica.com](mailto:UEAP@bupalatinamerica.com) en un horario de atención (días hábiles) de lunes a jueves de 8:00 a 18:00 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas, o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 5340 0999 desde la Ciudad de México o (01800) 999 8080 desde el Interior de la República, correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.gob.mx/condusef](http://www.gob.mx/condusef).

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de junio de 2018, con los números CNSF-S0065-0317-2018, CNSF-S0065-0318-2018, CNSF-S0065-0319-2018 y CNSF-S0065-0321-2018, y a partir del día 14 de junio de 2018 con el número CNSF-S0065-0322-2018.**

**Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.**

Montes Urales No. 745, 1er piso

Col. Lomas de Chapultepec, Ciudad de México

Tel. (55) 5202 1701

[serviciocliente@bupalatinamerica.com](mailto:serviciocliente@bupalatinamerica.com)

[www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx)